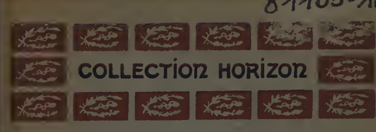
81105-18



ACCIDENTS DU TRAVAIL DES OUVRIERS DES USINES & ETABLISSEMENTS DE LA GUERRE

PAR

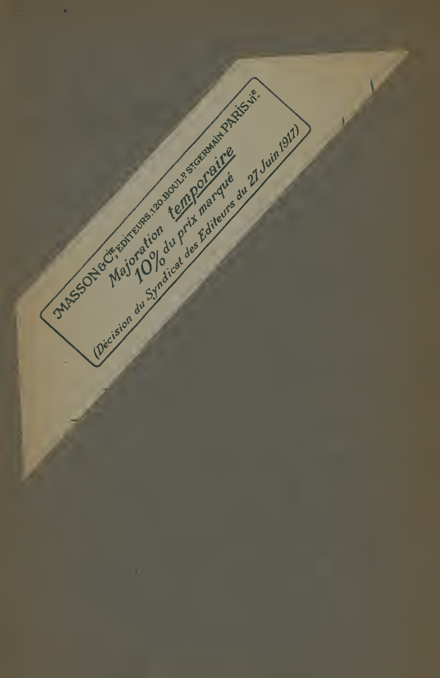
G. VALLAT

PRÉFACE DU MÉDECIN-INSPECTEUR DUCO

PRÉCIS DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE DE GUERRE

MASSON & CIE ÉDITEURS

1918


MASSON & Cie, EDITEURS, 120, BOULD ST GERMAIN, PARIS VIe
Majoration temporaire
10% du prix marqué
(Décision du Syndicat des Editeurs du 27 Juin 1917)

Be
51

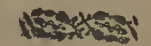
D 454

COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE

Les Traités de Médecine et de Chirurgie parus avant la guerre conservent actuellement toute leur valeur, mais ils ne contiennent pas les notions nouvelles nées des récents événements. — L'heure n'est cependant pas encore venue d'incorporer à ces ouvrages les données acquises dans les Ambulances, les Hôpitaux et les Laboratoires d'Armées. Ce sera la tâche de demain, dans le silence et avec le recul qui conviennent au travail scientifique.

Il était cependant nécessaire que les Médecins aient, dès à présent, entre les mains une mise au point et un résumé des travaux qui ont fait l'objet des nombreux Mémoires publiés dans les revues spéciales et qu'ils soient armés, pour la pratique journalière, d'ouvrages courts, maniables et écrits dans un dessein pratique.

C'est à ce but que répond cette COLLECTION. Nous publions, sur chacune des multiples questions qui préoccupent les médecins, de courtes monographies dues à quelques-uns des spécialistes qui ont le plus collaboré aux progrès récents de la Médecine et de la Chirurgie de Guerre.



COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE

VOLUMES PARUS (JUILLET 1918)

Les premières heures du Blessé de guerre. *Du trou d'obus au poste de secours*, — par les Méd.-Maj. P. BERTEIN et A. NIMIER.

Guide pratique du Médecin dans les Expertises médico-légales militaires, — par le Médecin principal de 1re classe A. DUCO et le Médecin-Major de 1re classe E. BLUM.

La Fièvre typhoïde et les Fièvres paratyphoïdes. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, Chef des Travaux à la Faculté de Bordeaux. (*Deuxième édition.*)

Le Paludisme macédonien. — *Caractères cliniques et hématologiques.* — *Principes de thérapeutique*, — par les Drs P. ARMAND-DELILLE, P. ABRAMI, Henri LEMAIRE, G. PAISSEAU, Préface du Pr LAVERAN (1 *planche en couleurs*).

Hystérie - Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe *en Neurologie de guerre*, — par J. BABINSKI, Membre de l'Académie de Médecine, et J. FROMENT, Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon (*figures et planches*). (*Deuxième édition.*)

Blessures de la Moelle et de la Queue de cheval, — par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, et J. LHERMITTE, ancien Chef de Laboratoire à la Faculté. Préface du Pr PIERRE MARIE (*figures et planches*).

Formes cliniques des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris. Préface du Pr PIERRE MARIE, Membre de l'Académie de Médecine (*figures et planches en couleurs*). (*Deuxième édition.*)

Troubles mentaux de guerre, — par Jean LÉPINE, Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses à l'Université de Lyon.

Plaies de la Plèvre et du Poumon, — par R. GRÉGOIRE, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, et COURCOUX, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Traitement des Fractures, — par R. LERICHE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. (2 *volumes*.)
TOME I. — *Fractures articulaires* (97 *figures*). (2e *édit.*)
TOME II (et dernier). — *Fractures diaphysaires* (*avec* 156 *fig.*). (2e *édition en préparation.*)

Les Fractures de la Mâchoire inférieure, — par L. IMBERT Correspondant National de la Société de Chirurgie, et Pierre RÉAL, Dentiste des Hôpitaux de Paris (*avec* 97 *figures dans le texte et* 5 *planches hors texte*).

Otites et Surdités de guerre. *Diagnostic; Traitement; Expertises*, — par les Drs H. BOURGEOIS, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris, et SOURDILLE, anc. Interne des Hôp.

Les Fractures de l'Orbite *par Projectiles de guerre*, — par Félix LAGRANGE, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux (*avec* 77 *figures dans le texte et* 6 *planches hors texte*).

La Prothèse des Amputés *en Chirurgie de guerre*, — par Aug. BROCA, Professeur à la Faculté de Paris, et DUCROQUET, Chirurgien Orthopédiste de l'Hôpital Rothschild (*avec* 208 *fig.*).

Les Blessures de l'abdomen, — par J. ABADIE (d'Oran), Correspondant National de la Société de Chirurgie, avec Préface du Dr J.-L. FAURE. (*Deuxième édition revue.*)

Électro-diagnostic de guerre. *Clinique. Conseil de réforme. Technique et interprétation*, par A. ZIMMERN, Professeur agr. à la Faculté de Paris, et P. PEROL, ancien Interne Pr.

Troubles locomoteurs *consécutifs aux blessures de guerre*, — par Aug. BROCA, Professeur à la Faculté de Paris.

Traitement des Plaies infectées, — par A. CARREL et G. DEHELLY. (*Deuxième édition revue.*) (*épuisé*).

Dysenteries. Choléra. Typhus, — par H. VINCENT (*épuisé*).

Les Blessures des Vaisseaux — par L. SENCERT (*épuisé*).

La Syphilis et l'Armée, — par G. THIBIERGE (*épuisé*).

Psychonévroses *de guerre*, par ROUSSY et LHERMITTE (*épuisé*).

Traitement et Restauration des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, (*épuisé*).

Formes an. du Tétanos, — par COURTOIS-SUFFIT et GIROUX (*épuisé*).

Les Séquelles Ostéo-Articulaires par Aug. BROCA (*épuisé*).

DERNIERS VOLUMES PARUS (Suite) :

La Suspension dans le Traitement des Fractures. *Appareils Anglo-Américains*, — par P. DESFOSSES et CHARLES-ROBERT, Préface du Dr PIERRE DUVAL, (*112 figures originales.*)

Localisation et extraction des projectiles, — par OMBRÉDANNE, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, et R. LEDOUX-LEBARD, chef de Laboratoire des Hôpitaux (*figures et* 8 *planches*). (*Deuxième édition.*)

L'Évolution de la Plaie de guerre. *Mécanismes biologiques fondamentaux*, par A. POLICARD, Professeur agrégé à la Faculté de Lyon (*figures et planches*).

Blessures du Cerveau. *Formes cliniques*, — par CHARLES CHATELIN. Préface du Pr PIERRE MARIE. (*Deuxième édition.*)

Blessures du Crâne. *Traitement opératoire des plaies du Crâne*, — par T. DE MARTEL. (*Deuxième édition revue.*)

Commotions et Émotions de guerre, — par André LÉRI, Professeur agr. à la Fac. de Paris. Préface du Pr PIERRE MARIE.

Syphilis. Paludisme. Amibiase. *Cures initiales et blanchiment*, par P. RAVAUT, Médecin des Hôpitaux de Paris. Préface du Pr F. WIDAL.

Accidents du Travail *des ouvriers des usines et établissements de la guerre. Expertises médico-légales*, — par le Médecin-Major de 1re classe VALLAT.

PARAITRONT PROCHAINEMENT :

Traitement des Psychonévroses *de guerre*, — par G. ROUSSY, J. BOISSEAU et M. d'ŒLSNITZ.

Prothèse fonctionnelle, — par DUCROQUET.

CHACUN DES VOLUMES DE CETTE COLLECTION EST MIS EN VENTE AU PRIX DE 4 FRANCS

[*Majoration syndicale de 10 % sur le prix ci-dessus.*]

81105-18 ~~35229~~

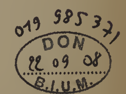
COLLECTION HORIZON
PRÉCIS DE MÉDECINE ET
DE CHIRURGIE DE GUERRE

ACCIDENTS DU TRAVAIL
DES OUVRIERS DES USINES ET ÉTABLISSEMENTS DE LA GUERRE

EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

PAR

G. VALLAT
Médecin-Major de 1re classe



MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe
1918



*Tous droits de reproduction,
de traduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.*

PRÉFACE

Les Médecins-Experts sont venus, de tous les points du territoire, au nombre de plusieurs centaines, faire un stage à la Commission Consultative Médicale. L'étude des lois et règlements militaires concernant l'indemnisation des blessés et malades de la guerre, l'examen des lois sur les accidents du travail dont sont victimes les ouvriers travaillant pour la défense nationale, telle est la raison de l'institution de ce stage. Ici, comme dans les principales formes d'activité des médecins militaires, savoir ce qu'on doit faire et comment on doit le faire est peut être plus difficile que d'exécuter l'acte médical lui-même. De nombreux camarades, venus à nous sans l'avoir désiré ni demandé, avec une sorte d'indifférence, ont bien voulu nous déclarer que les conférences faites à la Commission Consultative Médicale les avaient vivement intéressés.

Notre Commission ne prétend pas être un centre d'enseignement. Mais l'enseignement classique des matières d'expertises sur les infirmités résultant d'accidents existe-t-il vraiment en France ? ... Quelle en est l'organisation ? ... Il semble que les réponses à ces questions soient négatives. Aussi, dans l'intérêt des malades et blessés comme dans celui de l'Etat, était-il nécessaire de se mettre d'accord entre experts au moins sur les grandes lignes de la science médico-légale

appliquée aux accidents du travail. L'unité de vues et de doctrine est ici indispensable : elle sera un élément de calme dans l'opinion publique, car le Français exige avant tout l'égalité dans l'indemnisation, l'égalité dans la justice, même si, d'aventure, cette justice était boiteuse.

M. le Médecin Major Vallat a été chargé de la partie des conférences relatives aux accidents du travail survenus dans nos usines de guerre. On verra par ce petit livre avec quel soin, quelle impartialité et, si l'on en croit ses auditeurs, avec quel succès il s'est acquitté de cette œuvre de justice égale pour nos blessés ; on peut dire aussi que, chemin faisant, il fut toujours soucieux de la haute tenue morale et de l'honneur du corps médical qui a déjà tant fait et fera tant encore pour ces mêmes blessés.

L'idéal de M. le Médecin Major Vallat ralliera toutes nos bonnes volontés : c'est un gage de succès pour son ouvrage.

Médecin Inspecteur Ducq.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

DES OUVRIERS DES USINES

ET

DES ÉTABLISSEMENTS DE LA GUERRE

INTRODUCTION

A côté de l'armée combattante, les nécessités de la guerre actuelle exigent la présence d'une importante armée d'ouvriers qui, répartie en tous points du pays, participe à la Défense Nationale.

Ces travailleurs, pour la plupart embauchés dans les Usines et Etablissements de la Guerre, sont appelés, en cas d'accidents du travail, à bénéficier des Lois et Règlements spéciaux institués en leur faveur.

Mais les conditions des expertises médicales pratiquées dans ces circonstances sont mal connues, et il a paru nécessaire, tant dans l'intérêt des accidentés que de l'Etat responsable, d'éclairer sur leur rôle en pareille matière les très nombreux médecins experts du territoire.

Tel est le but des quelques conférences, objet de ce modeste ouvrage.

Faites au cours des stages d'instruction heureusement institués auprès de la Commission Consultative Médicale sous la haute autorité de son Président, nous avons cru bon de les reproduire ici, sans en changer la forme, avec le seul souci de les vulgariser et de faciliter ainsi la tâche des médecins-experts.

PREMIÈRE CONFÉRENCE

Les ouvriers et ouvrières occupés actuellement dans les usines et établissements de la guerre peuvent être victimes, dans leur travail, d'accidents leur ouvrant des droits à une indemnisation. A ce titre, ils sont l'objet d'examens médicaux spéciaux.

Il ne s'agit plus en l'espèce de pensions ou de gratifications, car ces travailleurs sont assujettis à la Loi de 1898 sur les accidents du travail. Cette législation prévoit des formalités spéciales et des expertises médicales qui diffèrent totalement des examens des blessés et malades militaires.

Or, les certificats de base établis à la suite de ces expertises sont souvent incomplets dans leurs descriptions et imprécis dans leurs conclusions. Les affaires ne peuvent alors être solutionnées au mieux des intérêts des parties, et la Commission Consultative Médicale, appelée à donner un avis technique, a été frappée à maintes reprises de ces défectuosités.

Aussi a-t-elle jugé indispensable de préciser, dans l'esprit des médecins appelés à pratiquer ces expertises, les règles qui doivent présider à leur exécution.

Nous nous efforcerons d'atteindre ce but en procédant à l'étude de cette intéressante question selon le plan suivant :

Exposé rapide de la question des accidents du travail en général et de la Loi de 1898 qui la régit ; comparaison de cette Loi avec celle de 1831 sur les pensions militaires et les Décrets du 13 février 1906 et du 24 mars 1915 sur les gratifications de réforme.

Examen des conditions d'application de la loi de 1898 aux ouvriers des usines et établissements de la guerre, d'après les règlements militaires qui ont trait à cette application.

Étude de l'évaluation des incapacités en matière d'accidents du travail.

EXPOSÉ DE LA QUESTION EN GÉNÉRAL

Les ouvriers et ouvrières embauchés dans les arsenaux et ateliers, dans les magasins administratifs, dans les chantiers de travaux en régie, dans tous les établissements travaillant aux fabrications de guerre tombent actuellement, au point de vue des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, sous le coup de la Loi du 9 avril 1898. Seuls font exception à cette règle les ouvriers immatriculés des manufactures d'armes, qui conformément à l'article 32 de ladite Loi ont droit aux pensions militaires.

La Loi du 11 avril 1831 sur les pensions militaires ainsi que les décrets du 13 février 1906 et du 24 mars 1915 sur les gratifications de réforme ne leur sont donc en aucun cas applicables. De nombreuses circulaires ministérielles ont dû, à plusieurs reprises, rappeler le principe souvent perdu de vue que *tout ouvrier civil ou militaire touchant un salaire était assujetti à la Loi de 1898* (1).

Le fait de toucher un salaire constitue donc en quelque sorte le critérium qui permet de connaître de quelle législation relève l'accidenté du travail. La chose est particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit d'un militaire détaché de son corps et travaillant dans une usine. Si ce militaire touche un salaire, il tombe, en cas d'accident, sous le coup de la Loi de 1898 ; sinon il est soumis aux lois et règlements militaires (2).

Les ouvriers mobilisés, détachés dans les usines, bénéficient donc de l'ensemble des lois sociales et ouvrières et doivent être considérés comme des ouvriers civils au même

(1) Circulaire du 15 octobre 1915, *B. O.*, p. 433 ; Circulaire du 24 novembre 1915, *B. O.*, p. 563, etc.

(2) Ces dispositions ont été rappelées notamment dans la Circulaire Mensuelle C. M. M. nº 7 de septembre 1917.

Une exception doit cependant être faite en faveur des militaires travaillant dans les ateliers de rééducation professionnelle organisés par des œuvres privées. Ces militaires, même s'ils ne touchent pas de salaires, sont justiciables, en cas d'accidents du travail, de la loi de 1898 et traités comme des apprentis (Art. 8 de la Loi de 1898) lorsque les œuvres produisent pour vendre avec bénéfice.

titre que leurs camarades de l'industrie dégagés de toutes obligations militaires.

Mais il y a lieu de signaler à votre attention que ces dispositions, englobant d'une façon générale tous les ouvriers salariés des usines et établissements de la guerre, sont susceptibles d'être en partie modifiées par la nouvelle loi sur les pensions militaires actuellement en discussion.

En effet, l'article 28 de cette loi, s'il est définitivement adopté, assimilera les ouvriers mobilisés dans ces usines à leurs camarades militaires, en ce qui concerne leurs droits éventuels à indemnisations. Voici ce que dit cet article 28 :

Les mobilisés affectés aux usines, mines et ateliers de guerre, dans les conditions prévues à l'article 6 de la Loi du 17 août 1915 et les ayant cause de ces mobilisés, bénéficient des dispositions de la présente Loi pour les maladies contractées ou aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents du service.

Les pensions, gratifications, allocations renouvelables et majorations auxquelles ils peuvent prétendre, sont calculées d'après le taux afférent au soldat ou à ses ayants droit.

Les ouvriers mobilisés et détachés dans les usines, bénéficiaires, dans le cas d'incapacité permanente, des dispositions de la Loi du 9 avril 1898, auront droit à la rente dont ils auraient bénéficié en vertu de la présente Loi, si leur incapacité permanente était résultée d'événement de guerre, d'accidents de service ou de maladie.

La différence entre le taux de cette rente et le taux de la rente établie en vertu de la Loi du 9 avril 1898 sera couverte par l'Etat.

Il conviendrait donc, au cas où l'article 28 serait voté, de considérer parmi les ouvriers des usines et établissements de la guerre deux catégories :

L'une comprenant les ouvriers dégagés de toute obligation militaire de par leur âge ou leur situation (exemption, réforme, pension, etc.) ainsi que le personnel féminin.

L'autre représentée par les ouvriers mobilisés ou mobilisables, en sursis d'appel ou détachés des corps.

La première catégorie demeurerait soumise à la législation ouvrière de 1898 ; la deuxième serait justiciable des dispositions de la nouvelle Loi sur les Pensions militaires.

Une autre catégorie de travailleurs, ou plus exactement de travailleuses, à laquelle vous pouvez avoir affaire, et qui n'est pas comprise dans les professions énumérées à l'article 1er de la Loi de 1898, est également, à l'heure actuelle, assujettie à la dite Loi en cas d'accidents. Ce sont les *Infirmières des Formations Sanitaires Militaires*.

La Loi du 18 juillet 1907 étend la faculté d'adhésion à la législation des accidents du travail à toutes les catégories d'employés, sous condition que ces employés et leurs employeurs déclarent se reconnaître assujettis à cette législation. L'application de ces dispositions a été faite aux infirmières militaires (1).

D'autre part, en cas de maladies résultant de leur service ou d'une contagion, ces infirmières bénéficient des dispositions spéciales de l'article 2 de l'instruction D du 17 juin 1905, sous la forme d'un secours octroyé par le Ministre.

Enfin, dès le 1er décembre 1916, l'Instruction réglant l'emploi de la main-d'œuvre féminine dans les Corps de Troupe, Dépôts et Services a, dans son article 27, prescrit que le personnel féminin de toute catégorie et de toute profession devrait adhérer à la législation des accidents du travail (2).

Mais, en ce qui concerne le personnel féminin du Service de Santé, la situation présente sera vraisemblablement modifiée de fond en comble par les nouvelles dispositions législatives à l'étude.

L'article 33 *bis* de la nouvelle Loi des Pensions assimile en effet aux militaires, au point de vue des indemnisations, ce personnel féminin victime de blessures ou de maladies contractées en service :

Article 33 bis. — L'article 5 de la présente Loi est applicable sous les conditions édictées en l'article 2 (paragraphes 4, 5, 6, 7 et 8) au personnel féminin du Service de Santé ayant été victime de blessures de guerre ou de maladies contractées dans sa mission.

(1) Article 31 de l'Instruction du 15 août 1917, Circulaire n° 568 C i/7.
(2) Volume Vert n° 4, p. 567.

L'adoption définitive de cet article entraînera pour le personnel féminin du Service de Santé un véritable traitement de faveur comparativement aux mesures prises, dans des cas analogues, vis-à-vis de la main-d'œuvre féminine des corps de troupe, dépôts, et différents services.

En temps de paix, le nombre des affaires d'accidents du travail était relativement restreint et toutes, avant d'être solutionnées, étaient soumises au Ministre qui prenait l'avis du Comité Technique de Santé, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur (1). Mais les nécessités de la guerre actuelle ont exigé la création d'un nombre considérable d'usines, et il s'en est suivi naturellement une augmentation proportionnelle du nombre des accidents. La fréquence de ces accidents est également fonction du recrutement défectueux de ce personnel usinier parfois improvisé, et souvent mal adapté au travail nouveau qu'on lui demande.

C'est dans ces conditions que, dans un but de décentralisation administrative et de simplification des écritures, l'Instruction Ministérielle du 18 janvier 1915 et la circulaire de la Direction du Contentieux en date du 10 mars 1916 ont autorisé les Directeurs des Etablissements occupant du personnel civil à suivre directement, et sans prendre l'avis du Ministre, les affaires d'accidents du travail portées devant le Président du Tribunal pour être réglées, conformément à la Loi, par ce Magistrat. En cas de désaccord entre les parties seulement, les dossiers sont transmis au Ministre qui étudie l'affaire en vue de la conduite ultérieure à tenir devant le Tribunal, et les soumet à l'appréciation de la Commission Consultative Médicale.

Il résulte de ces dispositions qu'à l'heure présente le plus grand nombre des affaires d'accidents du travail sont directement traitées dans les régions, et que seules les affaires litigieuses parviennent à la Commission. Ces dernières étant en

(1) Instruction Ministérielle par application du Décret du 7 août 1912, art. 5. Volume 61 de l'édition méthodique, p. 144.
Le Décret du 6 mars 1916 a institué la Commission Consultative médicale en lieu et place du Comité Technique de Santé.

nombre restreint, on peut considérer que les 9/10 des accidents du travail sont solutionnés directement d'après les conclusions des certificats médicaux, conclusions qui ne sont soumises à aucun contrôle technique.

Or, l'examen des certificats médicaux figurant aux dossiers des affaires soumises à l'avis de la Commission Consultative Médicale permet de constater souvent que les expertises laissent à désirer tant dans le fond que dans la forme, du moins à en juger par les certificats établis à leur suite. Certains de ces certificats dénotent, de la part des experts, non seulement une méconnaissance des règles qui doivent présider à leur établissement, mais encore une insuffisance marquée d'examen et d'appréciation des infirmités.

En matière d'accidents du travail, comme en matière de pensions ou de gratifications, la Commission Consultative Médicale juge sur pièces, et cela à l'instar des juridictions supérieures (Conseil d'Etat, Cour de Cassation, etc.). Mais en cas d'accidents du travail, ces pièces sont strictement réduites aux certificats de médecins, que ne complètent jamais, comme dans les dossiers mititaires, des billets d'hôpital, des feuilles d'observation, des épreuves radiographiques, etc.... C'est dire à quel point il est nécessaire que ces certificats, pièces fondamentales, soient, dans leur brièveté, bien établis, bien rédigés, complets tant au point de vue de la description des infirmités que des conclusions qui en découlent.

Et ces précisions médicales sont d'autant plus nécessaires en la circonstance, que la Commission, en cas d'incertitude, en cas de doute, ne peut que très rarement, exceptionnellement, faire procéder à un supplément d'examen destiné à l'éclairer, comme elle le fait en matière de pensions ou de gratifications.

Les affaires d'accidents du travail sont en effet portées devant les tribunaux à des dates presque toujours très rapprochées de l'époque où les dossiers sont communiqués à la Commission ; des suppléments d'enquête occasionneraient dans ces conditions des retards entraînant la remise des affaires et des contre-temps regrettables.

Par conséquent, un très grand nombre d'accidents du tra-

vail sont solutionnés directement dans les régions, sur le vu de certificats médicaux dont les conclusions ne sont contrôlées nulle part, et cependant, c'est en grande partie dans ces conclusions médicales que le Président du Tribunal puise les éléments de son jugement, c'est, on peut dire presque exclusivement, sur les évaluations des Médecins experts qu'il se guide pour fixer le taux de la rente à allouer aux victimes.

Vous voyez donc toute l'importance du rôle des experts médicaux en accidents du travail, et la nécessité d'une unité de vues, d'une unité de doctrine dans l'appréciation des infirmités. La simple équité veut que les travailleurs des usines de guerre et les ouvriers mobilisés soient, en cas de blessures résultant de leur travail, traités par les médecins sur le même pied, en tous points du territoire, comme le sont les militaires en instance de pension ou de gratification.

Cette unité de doctrine médicale en matière d'accidents du travail n'existe pas actuellement, pas plus qu'elle n'existait lors des premières indemnisations des blessures de guerre. Dans un but de stricte justice et sur l'impulsion profonde de son Président, la Commission Consultative Médicale a tendu son principal effort vers la réalisation de cette unité de doctrine en indemnisations militaires. On peut dire aujourd'hui que cette unité, pleinement réalisée, constitue un véritable facteur de paix sociale. Un résultat semblable en matière d'indemnisation ouvrière serait en tous points désirable et ne pourrait avoir que les plus heureux effets. Nous nous efforcerons, au cours de cette étude, d'en préciser les bases.

Vous avez tous la pratique des accidents du travail et certains même d'entre vous sont des spécialistes en cette matière. Notre but n'est donc pas de vous apprendre la Loi de 1898.

Aussi, allons-nous résumer simplement, au cours d'un rapide examen, les conditions de son application aux expertises médicales, en les comparant aux dispositions de la législation militaire des indemnisations. Cet aperçu comparatif aura le double avantage de préciser la question qui nous intéresse, et de fixer à nouveau vos connaissances concernant cette législation des pensions et gratifications militaires.

Lois et décrets militaires

La Loi de 1831 sur les Pensions militaires dit ceci :

Donnent droit à la pension de retraite, lorsqu'elles sont graves et incurables, les blessures provenant d'événements de guerre ou d'accidents en service commandé, et les infirmités provenant des fatigues ou dangers du service militaire.

Le Décret du 13 février 1906 sur les gratifications dit ceci :

Lorsque les blessures reçues ou les infirmités contractées en service par les militaires non officiers, tout en réalisant la condition d'origine, ne remplissent pas celles de gravité ou d'incurabilité requises par la Loi de 1831 pour le droit à la pension de retraite, mais sont cependant de nature à réduire ou même à abolir temporairement leurs facultés de travail, elles peuvent entraîner la concession de gratifications renouvelables.

Donc, **conditions** requises pour :

Le droit à :	*la pension militaire*	ORIGINE	Blessure ou infirmité résultant du service militaire.
		GRAVITÉ	correspondant à l'une des 6 classes de l'échelle de gravité.
		INCURABILITÉ	
	la gratification militaire	ORIGINE	Blessure ou infirmité résultant du service militaire.
		GRAVITÉ	relative (avec réduction au moins égale à 10 0/0 des facultés de travail).

Il n'est question ici ni de salaire, ni de profession : La loi de

1831 ne connaît même pas la réduction de capacité de travail. Sa base peut être considérée comme une sorte de récompense nationale attribuée aux militaires atteints de blessures on d'infirmités provenant du service militaire. Elle octroie une rente subordonnée aux seules conditions d'origine, de gravité et d'incurabilité, et l'article 14 (paragraphe 2) de cette loi de 1831 a seulement stipulé que pour ouvrir le droit à pension, les blessures ou infirmités doivent mettre l'intéressé hors d'état de servir et de pourvoir à sa subsistance, s'il s'agit d'un homme de troupe, hors d'état de rester en activité sans possibilité d'y rentrer ultérieurement, s'il s'agit d'un officier. Tout au plus, l'article 13 a-t-il ébauché une graduation très grossière en prévoyant des échelons correspondant à la cécité, à l'amputation, et à la perte absolue de l'usage d'un ou de plusieurs membres. Dans tous les cas, l'article 14 n'a établi aucune distinction entre les différents corps de métier.

Le décret sur les gratifications plus récent, et par suite plus conforme aux idées modernes, pose le principe de la réduction ou de l'abolition temporaire de la faculté de travail, et les catégories de gratifications sont basées sur le degré de la gêne fonctionnelle. Mais cette gêne fonctionnelle a un caractère général, physiologique, indépendant de tout élément ou facteur étranger tel que la profession ou le salaire.

La rente du pensionné ou du gratifié militaire constitue donc une simple indemnisation, toujours la même pour des cas analogues et sans qu'il soit tenu compte des conséquences de l'infirmité au point de vue du travail professionnel.

Loi civile

La loi de 1898, par contre, est avant tout une loi de *réparation pécuniaire* ; elle a pour but d'indemniser *la réduction de salaire*, conséquence de l'accident du travail.

Or, le salaire est facteur du travail de l'ouvrier, ce qui revient à dire que pour apprécier la réduction de son salaire il faut connaître la réduction de sa capacité de travail.

La notion de la réduction de la capacité de travail est donc fondamentale dans la loi de 1898

Nous verrons, par ailleurs, combien cette capacité de travail est complexe et de quelle façon il est possible d'en déterminer médicalement la réduction.

Conditions requises pour le droit au bénéfice de la Loi de 1898

Quelles sont les conditions fondamentales requises pour le droit au bénéfice de la loi de 1898 ?

Aux termes mêmes de la Loi, ces conditions sont au nombre de deux :

1o *L'origine*,

2o *L'interruption du travail.*

Article premier. — Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines. minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

. . . .

Donc, **conditions** requises pour :

Le droit au bénéfice de la loi de 1898	ORIGINE	Accident de travail.	
	INTERRUPTION DE TRAVAIL supérieure à 4 jours.	Avec incapacité temporaire.	
		Avec incapacité	absolue
			partielle

I. **Origine**. — Comme la loi de 1831, la loi de 1898 reconnaît pour base fondamentale du droit à indemnisation : l'*origine*, mais comme origine, l'*accident* survenu par le fait ou à l'occasion du travail, l'*accident seul* Il ne saurait être question ici, à l'instar de la législation des indemnisations militaires où sont admises comme origine les fatigues ou dangers du service, de fatigues ou dangers inhérents au travail et susceptibles d'occasionner à la longue des maladies ou des infirmités.

Infirmités accidentelles. — La loi de 1898 a trait exclusivement aux infirmités résultant d'un accident, et n'admet que le risque accident. Mais elle ne définit pas cet accident. Elle a laissé aux juristes le soin d'en préciser les conditions, et cette précision s'est faite peu à peu au fur et à mesure de l'application de la loi. Tout le monde est actuellement d'accord sur cette définition de l'accident, et il est indispensable que le médecin la connaisse, car elle est adoptée sans discussion par tous les auteurs et aussi par les tribunaux :

L'accident est un événement anormal, résultant d'une force imprévue et soudaine, survenu du fait ou à l'occasion du travail, et qui provoque sur l'organisme des lésions ou des troubles fonctionnels permanents ou passagers.

Maladies professionnelles. — De cette définition de l'accident il ressort clairement que sont exclues du bénéfice de la loi les maladies dites *professionnelles*, c'est-à-dire celles qui sont le résultat des causes *inhérentes à l'exercice normal et habituel de la profession*. Aussi, est-il important pour le médecin de connaître les maladies professionnelles, car il évitera ainsi de prendre telle affection due à l'exercice normal d'un métier, pour le résultat d'un accident. Or, la distinction, facile en théorie, entre une maladie professionnelle et une infirmité accidentelle, est parfois en pratique des plus délicates. Sur quoi, en effet, se baser pour établir cette distinction ? Sera-ce sur l'évolution lente, continue de la maladie professionnelle, opposée à la brusquerie, à la soudaineté des

accidents ? Mais, la clinique nous apprend que souvent certaines intoxications peuvent se révéler d'une manière aiguë, alors qu'elles sont le résultat d'une imprégnation lente de l'organisme, et dans de telles circonstances, l'éclosion subite de la maladie peut en imposer pour son caractère accidentel. Aussi, pour éviter toute confusion dans ce sens, il faut que le médecin ait présente à la mémoire la définition de la maladie professionnelle, dont la caractéristique, nous l'avons vu, est de provenir de causes inhérentes à l'exercice normal et habituel de la profession, on peut ajouter, *dans un milieu industriel donné*. Cet exercice normal est en opposition formelle avec l'accident que nous savons être un fait essentiellement *anormal*.

L'exemple classique suivant, pris entre mille, sert à préciser cette différence :

Le chauffeur d'un navire contracte une pneumonie en se refroidissant pendant son travail. Il n'y a pas d'accident, bien que le début de la pneumonie puisse être soudain et en imposer pour un accident, parce qu'elle s'est produite à l'occasion d'un acte habituel, d'un travail normal.

Par contre, en vidant des escarbilles, le même chauffeur tombe à la mer et contracte une pneumonie à la suite de ce refroidissement. Ici se trouve l'événement anormal, la chute pendant le travail et du fait du travail : l'accident est constitué (1).

Cette façon de voir est l'interprétation médicale la plus juste de la loi. Il est néanmoins certain que la législation actuelle aboutit à des contradictions fâcheuses. Est-il juste, en effet, alors qu'on indemnise l'ouvrier atteint d'intoxication aiguë par rupture subite d'une conduite de gaz, de ne donner aucun dédommagement à celui qui, lentement et progressivement, s'est intoxiqué par les exhalaisons continuelles de ce même gaz au cours de son travail quotidien ? Mais, d'un autre côté, on ne peut pas édicter une loi visant exclusivement les maladies professionnelles, et le seul moyen de faire

(1) Duchauffour. *Les Accidents du travail*. La loi de 1898 a été reconnue applicable dans un cas semblable par le tribunal de la Seine.

vraiment œuvre sociale serait d'établir en faveur du travailleur un système de protection contre l'invalidité-maladie, quelle que soit sa cause et sa nature. Un tel système engloberait du même coup les maladies professionnelles.

Par conséquent, et en son état actuel, la loi de 1898 reconnaît, comme la Loi sur les Pensions militaires, pour base essentielle, l'origine, mais contrairement à la loi militaire, elle n'admet comme origine que l'accident, l'accident seul, et exclut d'emblée *les maladies professionnelles* alors que la loi sur les pensions militaires admet les fatigues du service.

Maladies traumatiques. — Indépendamment des infirmités ou des blessures, cet accident peut occasionner des maladies, et de ce que la loi de 1898 exclut du droit à indemnisation les maladies professionnelles, il ne faudrait pas conclure qu'elle rejette d'emblée toutes les maladies.

Il existe des « *maladies traumatiques* » qui résultent directement d'un trauma (par inoculation ou toute autre cause : syphilis des verriers, charbon, tuberculose, etc...), ou proviennent indirectement d'un accident (anévrysme, tuberculose, cancer, etc...). Il va de soi que ces maladies traumatiques peuvent, au même titre que les mutilations apparentes, ouvrir des droits à indemnisation, mais toujours sous la réserve expresse qu'elles doivent être la conséquence directe ou indirecte d'un accident dans les conditions définies plus haut, c'est-à-dire d'un fait *anormal* survenu du fait ou à l'occasion du travail. On peut dire conséquence indirecte, car, nous le verrons plus loin, en matière d'accidents du travail, la jurisprudence admet l'aggravation presque toujours au même titre que l'origine directe, c'est-à-dire sans tenir compte des prédispositions antérieures, pourvu que la cause accidentelle de cette aggravation soit nettement établie.

Or, c'est au médecin, on peut dire exclusivement au médecin, qu'il appartient, en cas de maladie traumatique, d'établir cette relation de cause à effet entre l'accident et la maladie qui se développe ultérieurement. En raison du temps écoulé, parfois assez long, entre l'accident invoqué et les premières

manifestations morbides, le rapport de causalité est loin d'apparaître avec la même clarté qu'en cas de blessure apparente, et pour éviter de grossières erreurs, le médecin ne doit pas perdre de vue deux conditions indispensables pour qu'on puisse accepter la relation de l'aggravation avec le sinistre.

Ces conditions sont les suivantes :

1° *Rapport de lieu :* Il est nécessaire qu'il existe *des rapports de voisinage* entre le point blessé et la manifestation morbide qu'on veut rattacher à l'accident.

2° *Rapport de temps :* Il faut en outre *une continuité d'évolution* dans le temps de ces phénomènes morbides à partir de l'accident.

Plus il y a de distance entre le lieu du trauma et l'organe où se manifeste l'aggravation de la maladie, moins il y a de chances de relation entre les deux.

On peut en dire autant à propos du temps écoulé entre le moment d'un trauma et l'apparition d'une maladie.

Ainsi, une attaque d'apoplexie survenant plusieurs mois après un traumatisme crânien ne saurait être acceptée médicalement comme sa conséquence directe ou indirecte, y eut-il même une jurisprudence établie à ce sujet à la suite de décisions non scientifiques.

Enfin, il faut également qu'entre le traumatisme et l'apparition des symptômes de lésion organique, aucune affection intercurrente ne soit intervenue, venant détruire, en quelque sorte, la filiation médicale dans le temps entre l'accident et l'infirmité à indemniser.

Néanmoins, rien n'est absolument certain en médecine, et l'on ne doit pas perdre de vue qu'il y a beaucoup d'espèces différentes dans chaque affection et que le mieux, pour le médecin, dans ces appréciations particulièrement difficiles, est de modifier sa règle de conduite par des exceptions basées avant tout sur l'étude clinique des faits, sur la prudence et l'expérience.

2° **Interruption du travail.** — La deuxième condition que doit remplir l'infirmité, conséquence d'un acci-

dent du travail, pour ouvrir des droits à indemnisation, est réalisée par l'interruption du travail, nettement stipulée à l'article 1er de la Loi. Cette interruption doit être de plus de quatre jours. Mais l'interruption du travail n'est pas intéressante en elle-même pour le médecin. Elle ne l'est que par l'incapacité de travail qui l'a occasionnée. C'est l'incapacité de travail que la loi vise à travers l'interruption de travail.

Article 3 (Loi du 30 mars 1905). — Dans les cas prévus à l'article 1er, l'ouvrier ou employé a droit :

Pour l'*incapacité absolue et permanente*, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel ;

Pour l'*incapacité partielle et permanente*, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire ;

Pour l'*incapacité temporaire*, si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours, à une indemnité journalière, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, à moins que le salaire ne soit variable ; dans ce dernier cas, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui a précédé l'accident. L'indemnité est due à partir du cinquième jour après celui de l'accident : toutefois, elle est due à partir du premier jour si l'incapacité de travail a duré plus de 10 jours. L'indemnité journalière est payable aux époques et lieux de paye usités dans l'entreprise, sans que l'intervalle puisse excéder seize jours.

Lorsque l'accident est suivi de *mort*, une pension est servie aux personnes ci-après désignées, à partir du décès, dans les conditions suivantes :

a) Une rente viagère égale à 20 0/0 du salaire annuel de la victime pour le conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident.

En cas de nouveau mariage, le conjoint cesse d'avoir droit à la rente mentionnée ci-dessus ; il lui sera alloué dans ce cas, le triple de cette rente à titre d'indemnité totale.

b) Pour les enfants, légitimes ou naturels, reconnus avant l'accident, orphelins de père ou de mère, âgés de moins de seize ans, une rente calculée sur le salaire annuel de la victime à raison de 15 0/0 de ce salaire s'il n'y a qu'un enfant, de 25 0/0 s'il y a deux

enfants, de 35 0/0 s'il y en a trois et de 40 0/0 s'il y en a quatre ou un plus grand nombre.

Pour les enfants orphelins de père et de mère, la rente est portée pour chacun d'eux à 20 0/0 du salaire.

L'ensemble de ces rentes ne peut, dans le premier cas dépasser 40 0/0 du salaire ni 60 0/0 dans le second.

. . . .

. . . .

L'*incapacité temporaire* est donc celle qui fait suite à l'accident. Elle comporte une période de traitement plus ou moins longue et est suivie de guérison avec reliquat ou sans reliquat d'infirmité.

L'*incapacité permanente*, par contre, est constituée par toute lésion ou perturbation fonctionnelle définitive. Elle peut être absolue ou partielle.

Enfin l'accident peut entraîner *le décès*.

Nous venons de voir quelles indemnités entraînent ces diverses conséquences de l'accident : indemnité fixe en cas d'incapacité temporaire ou de mort, indemnité variable en cas d'incapacité permanente.

Sans insister davantage sur ce sujet pour l'instant, nous nous contenterons de mentionner en passant que la loi n'a pas fixé de limite à l'incapacité permanente qui peut être très faible : alors que la gratification militaire présuppose une incapacité au moins égale à 10 0/0, l'indemnisation en matière d'accident du travail n'a pas de limite inférieure, et une incapacité estimée à 5 0/0, 2 0/0, 1 0/0 donne droit à une rente.

En Allemagne, les incapacités inférieures à 5 0/0 ne sont pas indemnisées, parce qu'elles sont considérées comme pratiquement négligeables.

En France, un grand nombre de tribunaux se refusent également à indemniser les incapacités très faibles. Cette manière de voir, un moment contestée, semble avoir rallié désormais les suffrages de la Cour de cassation, qui, par plusieurs re-

jets de pourvoi, a implicitement refusé d'admettre la nécessité d'indemniser les incapacités minimes (1).

Une étude approfondie de la loi ne présente pas, par ailleurs, d'intérêt immédiat et nous entraînerait forcément en dehors du cadre médical de notre sujet : la loi de 1898, modifiée par celles du 22 mars 1902, du 31 mars 1905 et du 17 avril 1906, comporte un long texte réparti en 34 articles, qui presque tous ont trait à des questions extra-médicales telles que : juridiction, compétence, procédure, garanties, etc... alors que le médecin eût souhaité y trouver son rôle défini et nettement tracé. Ce rôle n'y est pour ainsi dire qu'esquissé dans quelques articles, à l'occasion de la déclaration de l'accident et de la fixation ultérieure des indemnités.

Aussi, laissant de côté l'ensemble du texte totalement étranger aux attributions du médecin, jetons seulement un coup d'œil rapide sur les passages qui s'y rapportent de près ou de loin. Ce sont *les articles 11, 12, 13, 15, 17 et 19.*

Article 11 (Loi du 22 mars 1902). — Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré, dans les quarante-huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune, qui en dresse procès-verbal et en donne immédiatement récépissé.

La déclaration et le procès-verbal doivent indiquer, dans la forme réglée par décret, les nom, qualité et adresse du chef d'entreprise, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins.

Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un *certificat de médecin* indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

. . . .

. . . .

(1) Arrêts de la Chambre civile du 8 mai 1912 et de la Chambre des Requêtes du 11 novembre 1912 cités par Forgue et Jeanbrau, p. 330 et 331.

Article 12 (Loi du 22 mars 1902). — Dans les vingt-quatre heures qui suivent le dépôt du certificat, et au plus tard dans les cinq jours qui suivent la déclaration de l'accident, le maire transmet au juge de paix du canton où l'accident s'est produit la déclaration et soit le *certificat médical*, soit l'attestation qu'il n'a pas été produit de certificat.

Lorsque, d'après le certificat médical, produit en exécution du paragraphe précédent ou transmis ultérieurement par la victime à la justice de paix, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente, absolue ou partielle de travail, ou lorsque la victime est décédée, le juge de paix, dans les vingt-quatre heures, procède à une enquête à l'effet de rechercher :

1º La cause, la nature et les circonstances de l'accident ;

2º Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent, le lieu et la date de leur naissance :

3º La nature des lésions ;

4º Les ayants droit pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité, le lieu et la date de leur naissance ;

5º Le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes ;

6º La société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise était assuré ou le syndicat de garantie auquel il était affilié.

. . . .

. . . .

Les articles 11 et 12 prévoient donc l'établissement du certificat de constat ou d'origine, et fixe *les conditions de l'établissement de cette origine*.

La première conclusion que nous en tirons est la suivante :

Le rôle du médecin, en ce qui concerne l'origine en matière d'accident du travail, rappelle singulièrement celui qu'il est appelé à remplir en matière de procédure militaire.

En matière militaire, l'origine appartient au Commandement ; de par la loi, la constatation de l'origine des blessures appartient exclusivement au Commandement. Le Médecin n'intervient dans cette constatation, que pour établir, dans le sens médical, le rapport entre les faits originaires de l'infirmité et leurs résultats consécutifs, la filiation médicale entre la blessure ou le traumatisme et les symptômes présentés par le blessé. Il n'a pas à rechercher si la blessure ou l'accident

sont survenus dans un service commandé et par suite répondent à la condition originelle exigée par la Loi.

En matière civile, la constatation de l'origine appartient au magistrat. Nous venons de voir à l'instant, à l'occasion de la procédure stipulée à l'article 12, que c'est le juge de paix qui, au cours d'une enquête, établit les causes, la nature et les circonstances de l'accident. Le médecin n'est invité qu'à reconnaître et à décrire sur son certificat : « l'état de la victime, « les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il « sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

Donc, en accidents du travail, comme en accidents ou blessures militaires, au point de vue origine, le rôle du médecin est strictement professionnel, technique. Il se borne à constater et à décrire les lésions, le cas échéant, à prévoir leurs suites, et c'est tout. Il n'a aucunement à intervenir dans l'établissement même de l'origine.

L'article 15 prévoit un deuxième certificat médical lors de la consolidation de la blessure, c'est-à-dire à l'époque où cette blessure peut être considérée comme guérie ou occasionnant une incapacité définitive. C'est le *certificat de consolidation:*

Article 15 (Loi du 31 mars 1905). — Sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever et dans les quinze jours de la demande, les contestations relatives tant aux frais funéraires qu'aux indemnités temporaires.

Les indemnités temporaires sont dues jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la *consolidation* de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente ; elles continuent, dans ce dernier cas, à être servies jusqu'à la décision définitive prévue à l'article suivant, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa du dit article.

Si l'une des parties soutient, avec un *certificat médical* à l'appui, que l'incapacité est permanente, le juge de paix doit se déclarer incompétent par une décision dont il transmet, dans les trois jours, expédition au président du tribunal civil. Il fixe en

même temps, s'il ne l'a fait antérieurement, l'indemnité journalière.

. . . .

. . . .

Le *certificat de consolidation*, prévu à l'article 15 est donc la deuxième pièce médicale fondamentale. C'est celle qui doit :

1° Faire connaître que l'incapacité permanente va se substituer à l'infirmité temporaire ;

2° Evaluer médicalement le taux de cette incapacité.

L'article 19 prévoit un nouvel examen médical en cas de demande *en révision* de l'indemnité, révision basée sur une augmentation ou une atténuation de l'infirmité :

Article 19 (Loi du 31 mars 1905). — La demande en *révision* de l'indemnité fondée sur une *aggravation ou une atténuation* de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans à compter, soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée, même si la pension a été remplacée par un capital en conformité de l'article 21.

Dans tous les cas, sont applicables à la révision les conditions de compétence et de procédure fixées par les articles 16, 17 et 22. Le Président du Tribunal est saisi par voie de simple déclaration au greffe.

S'il y a accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, le chiffre de la rente revisée est fixé par ordonnance du Président, qui donne acte de cet accord en spécifiant, sous peine de nullité, l'aggravation ou l'atténuation de l'infirmité.

En cas de désaccord, l'affaire est renvoyée devant le tribunal, qui est saisi par la partie la plus diligente et qui statue comme en matière sommaire et ainsi qu'il est dit à l'article 16.

Au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en révision, le chef d'entreprise pourra désigner au président du tribunal un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime.

Cette désignation, dûment visée par le président, donnera au dit médecin accès trimestriel auprès de la victime. Faute par la victime de se prêter à cette visite, tout payement d'arrérages sera suspendu par décision du président qui convoquera la victime par simple lettre recommandée.

Les demandes prévues à l'article 9 doivent être portées devant le tribunal au plus tard dans le mois qui suit l'expiration du délai imparti pour l'action en révision.

A propos de la seconde condition de la révision, l'atténuation de l'infirmité, deux particularités intéressantes son à noter :

1° *La jurisprudence exige que cette amélioration soit exclusivement spontanée, indépendante de toute action ou intervention extérieure* (1).

Par conséquent, en aucun cas une amélioration obtenue par une intervention chirurgicale ou même un traitement mécanothérapique ne peut être une cause de révision. Bien entendu, la rééducation professionnelle simple ou l'amélioration par l'usage ne constituent pas des actions ou interventions extérieures au sens de la jurisprudence, et ne sauraient être interprétées comme telles.

2° *La jurisprudence n'admet pas les demandes en révision fondées sur une erreur de diagnostic* (2).

Enfin, en cas de désaccord entre les parties, le juge de paix, s'il s'agit d'incapacité temporaire, le Président du Tribunal civil, s'il s'agit d'incapacité permanente, peuvent désigner un médecin contre expert.

Les conditions de ces expertises médicales sont fixées aux articles 13 et 17 :

Article 13. — . . . .
. . . .

Le juge de paix doit se transporter auprès de la victime de l'accident qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à l'enquête.

(1) Arrêt de la Cour de Cassation civile du 16 décembre 1902.
(2) Cour d'Appel de Bordeaux, 31 juillet 1902.

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant le juge de paix pourra désigner un *médecin* pour *examiner* le blessé.

. . . .

Article 17. — . . . .

Toutes les fois qu'une *expertise médicale* sera ordonnée soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou la cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Et, c'est tout ; dans le texte de la loi, pas d'autres précisions concernant les expertises médicales, pas de limitation de taux, pas de barèmes, pas de tableaux d'évaluations, pas d'indications spéciales pour le médecin, dont le rôle en matière d'accidents du travail, se borne, en résumé, après examens spéciaux, à l'établissement des pièces suivantes :

I. — *Certificat de constat* de l'accident avec indication probable de la durée de l'incapacité temporaire ;

II. — *Certificat constatant et évaluant l'incapacité permanente (certificat de consolidation).*

III. — En cas d'aggravation ou d'atténuation de l'incapacité : *certificat* constatant et évaluant cette *aggravation* ou cette *atténuation.*

IV. — En cas de décès : *certificat de constat de décès.*

V. — Enfin, *rapport d'expertise* en cas de litige.

La loi de 1898 n'a laissé au médecin qu'un rôle en apparence secondaire. D'après l'article 15, c'est le Juge de paix qui statue en matière d'incapacité temporaire et le Président du Tribunal qui décide lorsqu'il s'agit d'incapacité permanente.

Nous savons également que la loi n'a apporté aucune précision en ce qui concerne les attributions propres du médecin : elle le laisse libre d'apprécier à sa guise et de se guider dans ses évaluations comme bon lui semble. Le médecin n'apporte son avis qu'à titre consultatif, comme le ferait un expert industriel ou un spécialiste professionnel.

Et cependant, le médecin est la véritable cheville ouvrière

de la loi ; il est le collaborateur principal et même indispensable du magistrat à toutes les phases de la procédure organisée par la loi. C'est au médecin que le juge demande, au début même de toute instance, le certificat fondamental d'origine. C'est à son expertise qu'il a recours en cas de contestations sur les conséquences de l'accident. C'est le médecin qui, seul, peut l'éclairer sur la pathologie des troubles organiques déterminant l'importance de la rente à allouer.

Aussi, en raison même de ces imprécisions, de ces lacunes de la loi, le médecin conscient de son rôle primordial demeure bien souvent troublé et indécis lorsqu'il s'agit de tirer de ses examens des conclusions fermes. Il ne sait sur quelles bases appuyer ses évaluations, hésite entre les nombreux tableaux ou barèmes que les auteurs de tous les pays ont essayé de mettre au point. Finalement, il tient compte dans ses estimations d'une foule d'éléments étrangers à la médecine, tels que considérations professionnelles ou arrêts de la jurisprudence, et sort de son rôle qui devrait être exclusivement médical.

DEUXIÈME CONFÉRENCE

APPLICATION DE LA LOI DE 1898 AUX OUVRIERS DES USINES DE GUERRE

En ce qui concerne les ouvriers et ouvrières des usines et établissements de la guerre tombant sous le coup de la Loi de 1898, une instruction ministérielle précise s'est efforcée de mettre au point le rôle des médecins demeuré obscur dans la Loi et d'apporter certains éclaircissements sur leur conduite, lorsqu'ils expertisent des victimes d'accidents du travail.

Sans modifier aucunement la Loi, cette instruction a, par assimilation aux dispositions en vigueur pour l'établissement des dossiers de pensions et de gratifications militaires, fixé avec précision les conditions un peu particulières des expertises médicales.

C'est *l'Instruction D du 17 juin 1905* (1). Elle est parfois ignorée des médecins. Si vous le permettez, nous l'étudierons rapidement, car tout médecin militaire peut être appelé à l'appliquer soit en qualité de médecin d'un personnel usinier, soit et surtout en qualité de médecin contre-visiteur. Comme médecin d'un personnel usinier, vous pouvez être invités à établir des *certificats d'origine* et des *certificats de visite*. Comme médecins contre-visiteurs, vous serez chargés de dresser des *certificats de contre-visite* et c'est ce rôle qui vous sera le plus souvent dévolu et auquel il convient de vous préparer spécialement.

Par contre, les expertises judiciaires en cas de contestations ne vous seront jamais confiées, puisque, de par la Loi, les examens qu'elles comportent sont réservés à des médecins autres que les médecins des parties Aussi, au cours de notre étude, laisserons-nous totalement de côté ces contre-expertises.

(1) Volume 65[1] de l'Edition méthodique (mise à jour du 25 mai 1916, p. 194 ; mise à jour du 20 novembre 1917, p. 221).

Raison d'être des certificats de Visite et de Contre-Visite

L'instruction ministérielle a strictement respecté la Loi en instituant une visite et une contre-visite. Le médecin de la visite est le médecin traitant; ce médecin peut être un médecin civil ou un médecin militaire assurant le service de l'établissement. Le médecin de la contre-visite est le médecin de l'employeur, c'est-à-dire, en l'espèce, de l'administration de la Guerre. C'est toujours un médecin militaire désigné, d'après le règlement, par le Commandant d'armes. Ces deux médecins sont donc les médecins des parties prévus à l'article 15 de la loi pour examiner contradictoirement; mais les termes de visite et de contre-visite sont peu exacts.

Le certificat de visite est le *certificat de consolidation*. Celui de contre-visite constitue une pièce de *contrôle*. A ce point de vue, il convient d'insister particulièrement sur la façon dont doivent être pratiqués les examens qui donnent lieu à l'établissement de ces pièces : dans beaucoup d'établissements, les médecins désignés pour ces formalités se réunissent en commission, examinent le blessé, et prennent des conclusions qui sont la traduction de leur accord. C'est là une pratique défectueuse et contraire à l'esprit du règlement : le médecin traitant et le médecin de l'autorité militaire ne doivent pas agir comme experts multiples, mais bien comme expert et contre-expert, et c'est sur le médecin contre-expert que l'administration de la Guerre se remet en principe du soin de l'éclairer complètement. Vous voyez donc tout l'intérêt qu'il y a pour l'administration de la Guerre, à pouvoir, en particulier, compter sur la précision des certificats de ses médecins contre-visiteurs, en l'espèce, ses médecins conseils.

Étude des certificats de médecins. Leur rédaction

Au cours des premiers jours de votre stage, on vous a donné sur l'établissement des certificats de base pour les

Modèle n° 13

Article 20 de l'Instruction C pour l'application de l'article 19 du décret du 26 février 1897.

e CORPS D'ARMÉE
ou
GOUVERNEMENT MILITAIRE
de

....

SERVICE d.................................... (1)

....

(2)

....

CERTIFICAT D'ORIGINE DE BLESSURE REÇUE EN SERVICE COMMANDÉ

Nous soussignés
1er Témoin (3)
2e Témoin (3)
Certifions que M. (4)
(5)
le (6)
à (7)
dans (8)

Fait à..............., le 19

1er Témoin : 2e Témoin :

Nous soussigné (9)
Médecin, certifions que (10)
le (11)
a été (12)

A..............., le..............19

le Médecin :

Nous, Chef de l'Etablissement, certifions que les signatures apposées ci-dessus sont bien celles des (13)
et (14)

A..............., le.............. 19

le Chef de l'Etablissement :

(1) Désigner le service.
(2) Désigner l'établissement.
(3) Indiquer les noms, prénoms et emplois.
(4) Noms et prénoms.
(5) Ouvrier ou ouvrière.
(6) En toutes lettres : heure, jour, mois et année.
(7) Relater les faits que les témoins ont vus, en désignant bien exactement la partie du corps atteinte, sans employer toutefois aucune indication médicale technique.
(8) Préciser avec le plus grand soin toutes les circonstances dans lesquelles se sont produits les faits, ainsi que la nature du service commandé que l'intéressé accomplissait à ce moment.
(9) Indiquer le nom.
(10) Nom et prénoms.
(11) Jour, mois et année.
(12) Décrire l'état du blessé au moment où les premiers soins lui ont été donnés, en mentionnant aussi exactement que possible le siège et la nature des lésions.
(13) Noms, prénoms des deux témoins et du médecin.
(14) Confirmer l'exactitude des faits relatés par les témoins.

indemnisations militaires (1) (certificats d'examen et de vérification, de visite et de contre-visite, etc.) toutes les précisions, tous les éclaircissements possibles. En ce qui concerne les certificats ayant trait aux accidents du travail, il va donc suffire de résumer les conditions un peu spéciales qu'ils doivent remplir.

1° **Certificat d'origine** *(certificat de constat).* — L'instruction D et le modèle réglementaire (2) donnent toutes les précisions désirables :

Article 3. — Dès qu'un accident susceptible d'occasionner une incapacité de travail quelconque, temporaire ou permanente, vient à se produire, il doit être établi un certificat d'origine de blessure conforme au n° 13 de l'instruction C pour l'application du décret du 26 février 1897.

Ce certificat relate :

1° la cause, la nature et les circonstances de l'accident;

2° les noms, la profession et l'âge de la victime;

3° la nature des lésions.

La partie rédigée par les témoins ne doit contenir que la relation complète des faits qu'ils ont vus, en s'abstenant de toute indication médicale technique. C'est au médecin qu'il appartient de mentionner, dans la partie qui lui est réservée, le siège et la nature des lésions.

Article 4. — Le certificat d'origine doit être établi aussitôt après l'accident; à cet effet, des ordres devront être donnés pour que les chefs d'atelier, chefs d'équipe ou chefs de chantier signalent immédiatement tout accident qui viendrait à se produire dans leur service, alors même qu'il ne leur paraîtrait pas, au premier abord, devoir entraîner des conséquences sérieuses. Il arrive parfois, en effet, qu'un ouvrier se plaint d'une hernie, d'un phlegmon ou de toute autre lésion qu'il rapporte à un accident sans gravité apparente, dont il aurait été victime quelque temps auparavant; il importe de pouvoir contrôler son dire.

Si, par exception, le certificat d'origine ne pouvait être dressé aussitôt après l'accident, il y aurait lieu de le compléter par :

(1) Voir Duco et Blum. — Guide du Médecin dans les Expertises médico-légales militaires, page 136.

(2) Voir page 27.

1o l'indication des motifs qui n'ont pas permis de l'établir plus tôt ;

2o la situation de l'intéressé depuis l'accident;

3o les faits et témoignages susceptibles de lui donner le caractère d'authenticité indispensable.

. . . .

En cas d'absence ou de retard apporté à l'établissement du certificat d'origine, l'article 4 prévoit donc, comme pour les questions de pensions ou de gratifications militaires, un véritable *procès-verbal d'enquête*.

En ce qui concerne *les descriptions du siège et de la nature des lésions* prévus à l'article 3, il convient d'insister particulièrement sur ces descriptions qui doivent être aussi complètes et détaillées que possible.

Prenons deux exemples : une plaie de la jambe et l'écrasement d'un doigt.

On ne devra pas dire : « Plaie à la jambe ». Mais : « Plaie « contuse de la jambe droite par instrument contondant « (marteau) siégeant à la face interne du tiers inférieur, intéressant les parties molles (peau, tissu cellulaire sous-cutané, « couche musculaire superficielle) de 0,05 centimètres sur « 0,10 centimètres ».

On ne devra pas dire : « Ecrasement d'un doigt » ; mais : « Plaie par écrasement (maillet) de l'extrémité de la phalange « unguéale du médius de la main droite avec décollement de « l'ongle, sans lésion osseuse ».

L'Instruction D est muette sur l'opportunité de prévoir, sur le certificat d'origine, les suites probables de l'accident, comme il est prescrit à l'article 11 de la Loi ; mais il n'y a aucun inconvénient à le faire, dans la mesure où cela est possible. L'instruction s'est inspirée toujours en la circonstance des prescriptions réglementaires en pareille matière. L'article 32 de l'instruction du 23 mars 1897 dit en effet, à propos de l'établissement de la partie médicale du certificat d'origine : « les médecins se bornent à décrire minutieusement

les lésions immédiates résultant de la cause invoquée, et ne visent pas les conséquences ou complications qui pourraient se produire ultérieurement » (1).

Il ne peut, quand il s'agit de soldats, être question d'incapacité temporaire et, par suite, il est inutile de prévoir sur le certificat d'origine les suites probables de l'accident. Or, nous savons qu'en cas d'accidents du travail, la situation est toute différente, et il semblerait, à première vue, qu'il y eut là une lacune. Il n'en est rien en réalité, et cette interprétation un peu particulière de l'article 11 de la loi par l'instruction D n'a pratiquement aucun inconvénient. En effet, d'après le règlement sur le service médical dans les Etablissements de la Guerre, l'ouvrier blessé ou malade est suivi pendant toute la durée de son indisponibilité par le médecin de l'administration. Celui-ci tient presque quotidiennement le Chef d'Etablissement au courant de l'état de l'ouvrier. Dans ces conditions, les conséquences plus ou moins éloignées de l'accident ne peuvent passer inaperçues et sont constatées en temps opportun :

Article 16 (Instruction C, Volume 65[2]).

. . . .

Le médecin tient état des ouvriers qu'il visite à domicile et du nombre de visites qu'il fait à chacun d'eux. Après la première visite, il adresse au chef de l'établissement la première partie du bulletin extrait du carnet à souche des visites à domicile, modèle nº 5, annexe 4; il fait connaître, en même temps, si la maladie entraînant incapacité de travail qu'il a constatée peut, à son avis, résulter du service. Ce bulletin tenant lieu de registre médical et mentionnant le diagnostic de la maladie, doit être envoyé sous enveloppe. Lorsque le malade est reconnu apte à reprendre son service, le médecin en informe le chef d'établissement en lui adressant la deuxième partie du bulletin extrait du même carnet à souche, après y avoir inscrit la date à laquelle l'ouvrier doit rentrer.

. . . .

. . . .

(1) Volume 66[1], Pensions militaires.

2° Certificat de visite et de contre-visite. — Les conditions de leur établissement sont parfaitement définies à l'article 13 de l'Instruction D. Ce sont les certificats de conso-

e CORPS D'ARMÉE OU GOUVERNEMENT MILITAIRE de..............................	*Modèle N° 14* *Article 20 de l'Instruction C pour l'application de l'article 19 du décret du 26 février 1897.*
(1) Désigner le service. (2) Désigner l'établissement. (3) Nom. (4) Grade. (5) Corps ou Etablissement. (6) Nom et prénoms. (7) Ouvrier ou ouvrière. (8) Diagnostic et description détaillée des infirmités. (9) de diminuer la capacité de travail de l'intéressé ou de mettre l'intéressé dans l'impossibilité absolue de travailler.	SERVICE d.................................(1) (2) CERTIFICAT DE VISITE Exécution de l'ordre de M. le Général Commandant l subdivision en date du Je soussigné (3) Médecin (4) au (5) après avoir visité M. (6) ouvrier (7) d'autre part dénommé, certifie qu'atteint de (8) En conséquence, estime que les infirmités ci-dessus relatées ont pour résultat (9) A..............., le..............191

lidation de la blessure établis contradictoirement (1), comme nous venons de le dire à l'instant, par les médecins des parties, conformément à l'article 15 de la Loi :

(1) Voir modèle ci-dessus et page 32.

Article 13. — Dans le cas d'incapacité permanente, aussitôt que le médecin traitant jugera possible d'établir un certificat définitif et, au plus tard, dans le sixième mois qui suivra l'accident, il sera procédé à un examen de l'ouvrier blessé, par deux

e CORPS D'ARMÉE
OU
GOUVERNEMENT MILITAIRE
de ....

Modèle N° 14 bis.
Article 20 de l'Instruction C pour l'application de l'article 19 du décret du 26 février 1897.

(1) Désigner le service.
(2) Désigner l'établissement.
(3) Nom.
(4) Grade.
(5) Corps ou Etablissement.
(6) Noms et prénoms.
(7) Ouvrier ou ouvrière.
(8) Diagnostic et description détaillée des infirmités.
(9) de diminuer la capacité de travail de l'intéressé,
ou
de mettre l'intéressé dans l'impossibilité absolue de travailler.

SERVICE d .... (1)

(2)

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

Exécution de l'ordre de M. le Général Commandant l subdivision en date du

Je soussigné (3)
Médecin (4)
au (5)
après avoir visité M. (6)
ouvrier (7)
d'autre part dénommé, certifie qu' atteint de (8)

En conséquence, estime que les infirmités ci-dessus relatées ont pour résultat (9)

A..............., le.............. 191

médecins, dont l'un sera le médecin traitant, et l'autre sera, à moins d'exception soumise au Ministre, un médecin militaire désigné par le Commandant d'armes.

Ils établiront, l'un un certificat de visite modèle 14 de l'instruc-

tion C pour l'application du décret du 26 février 1897 et, l'autre, un certificat de contre-visite modèle 14 *bis*.

Le chef de l'établissement devra assister à la visite ou s'y faire représenter.

. . . .

. . . .

Ce sont là des précisions qui n'existent pas dans la Loi : celle-ci ne parle qu'en termes vagues du rôle du médecin dans la constatation de la consolidation de la blessure, c'est-à-dire des caractères définitifs du reliquat anatomique et fonctionnel de cette blessure, et ne fixe aucune limite à la date à laquelle il convient de faire cette constatation. L'instruction D, par contre, fixe un *délai de consolidation de six mois* au maximum après l'accident, dans le cas bien entendu d'incapacité permanente. Ce délai est très large et convient à l'immense majorité des cas; il a pour but d'éviter l'abus de l'incapacité temporaire si fréquemment observé chez les ouvriers civils.

Les certificats de visite et de contre-visite doivent être rédigés séparément et ne doivent pas, comme dans un très grand nombre de cas, être copiés l'un sur l'autre. Chaque certificat engage la responsabilité personnelle de son signataire.

Ils comportent deux parties bien distinctes :

1° *La description des infirmités.*

2° *L'appréciation du degré de gêne fonctionnelle et l'estimation du pourcentage d'incapacité de travail.*

1° DESCRIPTION DES INFIRMITÉS

Article 13 (suite). — . . . .

. . . .

Après avoir pris connaissance du certificat d'origine, les médecins devront examiner l'ouvrier :

1° au point de vue de la gravité des lésions :

Ils s'attachent à décrire d'une manière détaillée le siège et la nature de l'affection, en insistant avec le plus grand soin sur les altérations organiques, de façon à permettre, aux personnes appelées à émettre leur opinion sur le vu des pièces, d'avoir sous les yeux un tableau aussi exact que possible.

Ils donnent des mensurations précises, des indications nettes sur la forme, le volume, la force, la situation du membre ou de

la partie du corps soumis à leur examen. Toutes les fois que les circonstances le permettent, ils procèdent à une nouvelle exploration des organes des sens directement intéressés et en consignent le résultat dans cette partie du certificat.

. . . .

La description des infirmités doit donc être aussi minutieuse que possible : on évitera notamment comme il arrive souvent, de copier simplement le certificat d'origine. Cette description doit avoir trait au siège et à la nature :

a) *des lésions anatomiques ;*

b) *des troubles fonctionnels.*

Souvent, dans les certificats, toute l'ampleur des descriptions, lorsqu'elle existe, est réservée aux lésions, et les symptômes fonctionnels sont plus ou moins passés sous silence. Des diagnostics semblables éclairent mal le juge qui doit apprécier non pas seulement la lésion en elle-même, mais la gêne qui en résulte ou qui lui est surajoutée :

Une lésion permanente n'entraîne pas nécessairement par elle-même une réduction de la capacité de travail et c'est au juge qu'il appartient de constater les conséquences de l'accident (1).

En matière d'accident du travail, l'infirmité et l'incapacité sont deux choses essentiellement différentes, toute infirmité permanente ne devant pas, à priori *et* ipso facto, *être considérée comme ayant un retentissement sur les facultés de travail, et les juges du fait peuvent apprécier souverainement qu'une lésion physiologique, même incontestable et visiblement apparente. ne se traduit par aucune incapacité de travail* (2).

A défaut de ces précisions physiologiques indispensables fournies par l'expert médical seul, sur quelle base les juges asseoiront-ils leurs jugements ?

L'exemple suivant est typique. L'absence de données physiologiques s'oppose à toute appréciation rationnelle des conséquences de l'accident.

(1) Cassation civile, 8 mai 1912.
(2) Tribunal de Grenoble, 29 juillet 1913.

Exemple :

Atelier de construction de ...

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné X..., médecin-major de 1re classe chargé du service médical, certifie que M...., âgé de..., est atteint de fracture du radius droit.

En conséquence, j'estime que les infirmités relatées ci-dessus ont pour résultat :

Pas d'incapacité permanente partielle.

A ..., le....

Signé : X...

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné Z..., médecin de la Place de ...., après avoir contre-visite M ..., ouvrier d'autre part dénommé, certifie qu'il est atteint de :

. . . .

(copié servilement sur le précédent)

. . . .

A ..., le....

Signé : Z...

Enfin, la description des infirmités doit être d'autant plus claire, le diagnostic d'autant plus précis, que la jurisprudence, nous l'avons vu précédemment, *n'admet pas les demandes en révision fondées sur une erreur de diagnostic* (1). Votre attention doit être à nouveau attirée sur ce point capital.

A ce propos, il convient d'insister en particulier sur les descriptions des mutilations de la main :

Il est fréquemment donné de constater des erreurs d'interprétation, résultant d'appellations fantaisistes, non anatomiques des différentes pièces osseuses des doigts. C'est ainsi que la première phalange est souvent prise pour la troisième et vice-versa. Pour éviter toute discussion, il suffit de désigner les phalanges et les articulations qui les unissent par leur terme anatomique consacré : phalange métacarpienne, phalangine, phalangette ou phalange unguéale, ou encore : phalange proximale, phalangine, phalange distale ; et non pas 1re, 2e, 3e phalange. Il faut dire : articulations interphalango-phalanginienne, interphalangino-phalangettienne, et non pas 1re, 2e articulations.

Les évaluations résultant de ces descriptions erronées peuvent varier du simple au double.

(1) Cour d'Appel de Bordeaux, 31 juillet 1902.

Exemple :

Poudrerie de ....

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné X..., médecin de la Poudrerie, chargé du service médical du dit établissement, certifie que M. ..., ouvrier de la poudrerie de ... est atteint :

d'amputation de *la première phalange* du majeur gauche.

En conséquence, estime que les infirmités relatées ci-dessus ont pour résultat une diminution permanente et partielle de travail que nous estimons à 1 0/0 (UN pour CENT).

A..., le.... Signé : X...

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné Z..., médecin-major de 2e classe au ... après avoir contre-visité M. ..., ouvrier d'autre part désigné, certifie qu'il est atteint :

d'amputation de *la première phalange* du majeur gauche.

. . . . (copié servilement sur le précédent) . . . .

. . . .

A .., le.,.. Signé : Z...

RAPPORT D'EXPERT JUDICIAIRE

Je soussigné docteur Y...

. . . .

Ai procédé à l'examen du blessé, et consigné dans le présent rapport les résultats de mes constatations et mes conclusions.

Le blessé a eu le 28 novembre 1916 au cours de son travail l'extrémité du majeur de la main gauche sectionné par le fouloir d'une machine.

Actuellement ce blessé présente une *amputation totale de la phalangette* du majeur de la main gauche, le moignon est peu étoffé, la cicatrice porte en son centre des débris d'ongle mélangés de croûtelles dont le contact et la consolidation sont douloureux.

La flexion de la phalangine sur la phalange est très limitée, de sorte que quand la main gauche est fermée, le doigt blessé reste étendu et a tendance à venir buter par son extrémité douloureuse contre tous les obstacles.

Cet état de chose est la véritable cause de l'incapacité résultant de l'accident.

La consolidation de la blessure peut être fixée au 6 mars 1917.

Il résulte de cet accident une incapacité permanente de travail de CINQ pour CENT.

A...., le.... Signé : Y...

Le Rapport d'expert-judiciaire a permis de constater qu'il s'agissait non pas de la première phalange ou phalange métacarpienne du majeur, mais bien de la troisième phalange ou phalange unguéale.

Le rapport mentionne d'autre part une raideur en extension du moignon, infirmité passée sous silence par les premiers experts.

L'Instruction D prescrit en outre de joindre à la description des infirmités l'avis médical au point de vue de la *relation de cause à effet entre les faits* rapportés au certificat *d'origine et les infirmités constatées :*

Article 13 (suite). — . . . .

. . . .

2° Au point de vue de la relation de cause à effet :

Ils s'attachent à établir en s'appuyant sur les données anatomiques, si le fait rapporté par le certificat d'origine est bien, médicalement parlant, le point de départ de l'infirmité qu'ils ont mission d'apprécier.

. . . .

. . . .

Cette mesure, non incluse dans la loi de 1898, est prévue par analogie avec les conclusions réglementaires des certificats militaires de pension et de gratification. Elle a pour but d'éviter toute erreur matérielle qui aboutirait à l'indemnisation d'une infirmité autre que celle imputable à la blessure accidentelle. La formule du modèle réglementaire pourrait être avantageusement complétée dans ce sens, et comporter, comme l'ont adopté certains établissements (Ateliers de Construction de Tarbes, etc.), le libellé suivant : « Est atteint, à la suite de son accident du ... relaté au certificat d'origine de blessures, de ... ».

2° Appréciation du degré de gêne fonctionnelle et estimation du pourcentage d'incapacité de travail.

Le troisième alinéa de l'article 13 précise quels doivent

être cette appréciation et cette évaluation qui constituent la conclusion logique des certificats :

Article 13 (suite). — . . . .

. . . .

3° Au point de vue de l'impotence fonctionnelle :

Bien que la loi du 9 avril 1898 n'emploie que le terme « réduction de salaire ». il est évident qu'elle a voulu en réalité viser « la réduction de capacité de travail ».

Les médecins s'attacheront donc à faire ressortir la diminution de capacité de travail subie par l'intéressé, évaluée autant que possible en fraction de sa capacité normale, telle qu'elle existait avant l'accident. Ils pourront consulter, à cet effet, les indications fourniès sur l'ouvrier par le registre médical d'admission, modèle n° 8 de l'Instruction C.

Les certificats de visite et de contre-visite sont établis en double expédition, dont une doit rester aux archives de l'établissement.

. . . .

. . . .

La diminution de capacité de travail visée par l'article 13 doit être exprimée par un pourcentage. Nous verrons plus tard que, conformément à l'usage, ce pourcentage doit toujours être nettement stipulé par un chiffre compris entre 0 et 100

A cette occasion, il importe de mentionner une petite défectuosité des indications portées sur les certificats de visite et de contre-visite concernant leurs conclusions. Les renseignements portés en marge des modèles réglementaires (1) de ces certificats comportent en effet un paragraphe 9 où il est écrit : « de diminuer la capacité de travail de l'intéressé ». Cette formule est trop laconique et devrait être complétée ainsi qu'il suit : « de diminuer la capacité de travail de l'intéressé dans la proportion de tant pour cent ».

Toute erreur d'interprétation deviendrait ainsi impossible, et l'on éviterait des conclusions fantaisistes telles que les suivantes :

(1) Pages 31 et 32.

1er Exemple :

Chefferie du G... de ...

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné X..., médecin-major de 2e classe, chargé du service médical de la Chefferie du G..., certifie que M. ..., ouvrier du service du g.... (chantiers du.... est atteint de :

Fracture du fémur droit au tiers moyen consolidée avec raccourcissement de 6 centimètres.

En conséquence, j'estime que les infirmités ci-dessus constatées ont pour résultat :

De mettre cet homme dans l'impossibilité absolue de travailler dans sa profession.

A.. ., le....

Signé : Docteur X...

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

(copié servilement sur le précédent)

2° Exemple :

Hôpital de...

CERTIFICAT DE VISITE

Nous soussigné X..., docteur en médecine, certifions que M..., manœuvrier, est atteint de : index, médius et auriculaire de la main droite amputés à la suite d'accident (main prise dans une presse à fourrages).

La cicatrisation est complète, mais l'annulaire qui reste étant une gêne pour le blessé devra être enlevé et aussi les têtes de phalanges qui restent, et en même temps réduite la luxation des métacarpiens. C'est donc une opération nouvelle qui s'impose pour rendre au blessé la main aussi utile que possible et l'empêcher de souffrir.

En conséquence, estimons que les accidents ci-dessus relatés ont pour résultat *de diminuer de façon très notable la capacité de travail de ... et de faire de lui un invalide.*

Fait à ..., le ...

Signé : X...

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

Nous soussigné Z..., médecin-chirurgien, chef du secteur, après avoir contre-visité .. Louis, ci-dessus dénommé, certifions qu'il est atteint de :

. . . .

(copié servilement sur le précédent)

. . . .

Fait à ..., le....

Signé : Z...

En cas *d'incapacité inappréciable*, il convient d'indiquer que ce pourcentage est trop faible pour être évalué, et il est au moins inutile de fixer pour la forme, comme dans le cas suivant, un pourcentage infime et non justifié.

Exemple :

Atelier de construction de P...

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné X..., médecin aide-major de 1re classe, chargé du service médical du dit établissement, certifie que M. ..., ouvrier à l'atelier de construction de ... est atteint de :

Consolidation à la date du 4 octobre 1917.

Cicatrice adhérente face postérieure avant-bras gauche, partie moyenne.

Diminution de capacité de travail = 0.50 0/0.

A..., le....

Signé : X...

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné Z .., médecin aide-major de 1re classe, à ..., après avoir contre-visité M. ..., ouvrier d'autre part dénommé, certifie qu'il est atteint de :

. . . .

(copié servilement sur le précédent)

. . . .

A..., le....

Signé : Z...

Enfin, l'article 13 de l'Instruction D semble vouloir tenir

compte de *l'état antérieur*, puisqu'elle stipule que l'on doit envisager l'incapacité résultant de la blessure par rapport à la capacité normale, telle qu'elle existait avant l'accident. Cette capacité pouvait être déjà diminuée du fait d'une prédisposition antérieure. Tous renseignements utiles à ce sujet peuvent être puisés sur *le registre médical d'admission* (1re partie du registre) :

Article 13 (Instruction C du 8 avril 1913, volume 65²). — Les candidats à l'emploi d'ouvrier civil dans les établissements de la guerre sont soumis à une *visite médicale* dont les résultats sont consignés sur un registre conforme au modèle nº 1 (annexe IV) de la présente instruction, et dénommée « Registre d'examen médical des candidats et des ouvriers licenciés par manque de travail ». Ce registre est tenu par le médecin lui-même.

La visite médicale a pour but de constater, au moment de l'embauchage, l'état physique des postulants et de reconnaître s'il existe chez eux, soit une infirmité, soit une prédisposition morbide. Elle permet d'éliminer les candidats de constitution trop faible, et ceux qui sont atteints d'une maladie incompatible avec l'emploi d'ouvrier ; elle constate, pour les autres, l'aptitude à l'admission en tenant compte des affections qu'ils peuvent présenter et qui ne seraient pas de nature à nécessiter leur élimination.

. . . .

En ce qui concerne les femmes, le médecin reste juge de l'importance de l'examen à leur faire subir ; chacune d'elles peut se faire assister pendant cette visite d'une autre femme qu'elle désignera nominativement.

. . . .

La jurisprudence, nous le verrons dans la suite, a une tendance marquée à tenir de moins en moins compte *de l'état antérieur* dans ses arrêts fixant l'indemnité. Cela tient, en premier lieu au caractère forfaitaire de la loi qui n'indemnise globalement l'aggravation que sur la base d'un salaire théorique diminué du fait de l'incapacité préexistante; ensuite aux hésitations parfois légitimes de l'expert médical appelé à dissocier dans des conditions difficiles l'élément accidentel de l'élément constitutionnel.

Mais cette solution un peu simpliste heurte la conscience du médecin. Il accepte difficilement cette décision non scientifique, et se refuse à admettre qu'on puisse systématiquement et en toute justice imputer à un accident une affection préexistante et non influencée d'une façon appréciable par cet accident.

Dans les cas spéciaux qui nous occupent, en raison des indications fournies par le registre et la fiche d'embauchage, le médecin expert se trouve donc dans une situation particulièrement favorable pour compléter son certificat par des précisions étiologiques en conformité avec les prescriptions réglementaires.

Enfin, dans certaines circonstances les médecins visiteurs et contre-visiteurs peuvent se juger incompétents (lésions oculaires ou auriculaires, psychoses, etc.). Parfois, en pareil cas, l'examen du blessé a été fait au préalable par un spécialiste, et le résultat en est joint au dossier. L'appréciation de l'infirmité par les médecins-experts ne souffre alors aucune difficulté. Mais ces examens spéciaux peuvent ne pas avoir été exécutés. Auquel cas il appartient aux médecins visiteurs et contre-visiteurs d'en mentionner la nécessité dans leurs conclusions, et de remettre leurs propositions d'évaluation à une date ultérieure. Cette solution est incontestablement préférable à celle qui consiste à faire des descriptions incomplètes et à adopter des conclusions et des appréciations fantaisistes.

Révision de l'indemnité. — Nous avons vu précédemment qu'aux termes de l'article 19 de la loi, la révision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité, ou sur le décès de la victime, est ouverte pendant trois ans à compter de la date de l'attribution de la rente. La loi n'a pas donné à cette révision un caractère impératif. Elle demeure subordonnée à la volonté des parties.

L'article 25 de l'Instruction D a fait de cette révision *une mesure de règle*. Elle s'accomplit automatiquement dans les six derniers mois de la troisième année, et donne par consé-

quent lieu à l'établissement de certificats de visite et de contre-visite nouveaux :

Article 24. — Aux termes de l'article 19 de la Loi, la demande en révision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans, à compter soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

Pour l'application de cet article, il y aura lieu de se conformer aux dispositions suivantes :

Article 25. — Dans les six derniers mois de la troisième année, le ministre adresse, par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée, le dossier de l'intéressé au général commandant la subdivision de son domicile.

Le général convoque l'ouvrier à l'hôpital de la ville de garnison la plus rapprochée et désigne deux médecins militaires pour procéder à son examen.

En cas d'insuffisance de médecins militaires, l'un des deux pourra être un médecin civil de la localité.

Si l'ouvrier est présent dans un établissement, il appartiendra au chef de l'établissement de provoquer auprès du général commandant la subdivision la convocation et de lui faire parvenir le dossier.

Les certificats médicaux sont établis en double expédition, conformément aux dispositions de l'article 13 de la présente instruction ; une expédition est adressée au ministre (Direction du Contentieux) et l'autre au chef d'établissement où l'accident s'est produit, par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée.

Article 26. — En dehors de cette visite, le ministre pourra toujours faire visiter l'ouvrier à telle époque qu'il jugera convenable dans la limite du délai de trois ans imparti à l'article 19 de la loi, en se conformant aux dispositions des paragraphes 3 et 4 dudit article.

Il pourra de même faire procéder par la gendarmerie à toute enquête utile.

En somme, la circulaire ministérielle s'est, en la circon-

stance, inspirée des dispositions en usage lorsqu'il s'agit de renouveler les gratifications militaires. Nous aurons l'occasion, dans la suite, de regretter que la révision n'ait pas, en matière d'accidents civils, le même caractère impératif. Ce serait une mesure excellente, dans tous les cas, pour la sauvegarde des intérêts des parties.

Ces certificats de révision diffèrent forcément un peu des certificats établis lors des premières expertises. Ils doivent comporter :

1° Dans leur description de l'infirmité, *une comparaison précise entre l'état actuel et l'état primitif, faisant ressortir nettement les modifications survenues*.

2° Dans leurs conclusions, *l'évaluation de l'incapacité* exprimée, s'il y a lieu, en *un pourcentage nouveau et précis*.

Exemple : Soit une incapacité primitivement évaluée à 15 0/0 et appréciée lors de la révision à 10 0/0.

Il ne faut pas dire, comme il est souvent donné de le constater : l'incapacité est réduite à 5 0/0, ce qui peut prêter à confusion ; mais, l'incapacité primitivement estimée à 15 0/0 est évaluée actuellement à 10 0/0.

Il nous reste à entrer plus avant dans la question délicate de l'évaluation en elle-même du degré de la gêne fonctionnelle, et par suite de l'incapacité de travail.

Cette évaluation, qui constitue la partie la plus difficile de l'expertise, est la conclusion rationnelle des certificats de visite et de contre-visite. Elle fera l'objet de notre prochaine réunion.

Avant d'aborder ce sujet, jetons un coup d'œil rapide sur la composition d'un dossier d'accident du travail et passons en revue les pièces qui le constituent. Pour ce faire, nous nous reporterons *aux articles 14, 7 et 17* de l'Instruction D.

Article 14. — Dès que les certificats médicaux ont pu être établis, le chef de l'établissement adresse au ministre (Direction du Contentieux) :

1. Une copie du certificat d'origine ;

2. Une copie du rapport qu'il a établi en vertu de l'article 7 de la présente instruction;

3. Une expédition des certificats de visite et de contre-visite;

4. Une note faisant ressortir le salaire gagné par l'ouvrier avant l'accident, tel qu'il est défini aux articles 8 et 10 de la loi; le salaire qu'il sera encore susceptible de gagner à l'établissement s'il y est conservé; celui qu'il pourrait encore vraisemblablement gagner dans l'industrie civile, et ses propositions au sujet de l'indemnité à allouer conformément aux paragraphes 1 et 2 de l'article 3 de la loi.

Il est bon de rappeler que la loi n'est applicable aux salaires supérieurs à 2 400 francs que jusqu'à concurrence de cette somme, le surplus ne donnant droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3 de la loi.

Article 7. — . . . .

. . . .

Pour faciliter cette enquête (1), le chef d'établissement adressera directement au juge de paix le rapport visé au 5e alinéa de l'art. 13 de la loi.

. . . .

Article 17. — Dans tous les cas, dès que le président a donné acte de l'accord intervenu avec l'ouvrier, ou dès que le tribunal a fixé l'indemnité allouée, le chef d'établissement en informe le ministre (Direction du Contentieux) en donnant son avis sur l'opportunité de faire appel de la décision du tribunal (article 17 de la loi). Il y joint toutes les indications nécessaires.

Il résulte de ces dispositions qu'aux termes du règlement, aux dossiers d'accidents du travail, ne doivent figurer comme pièces médicales qu'une copie du certificat d'origine et une expédition du certificat de visite et du certificat de contre-visite, établis lors de la consolidation.

Dans certains établissements, ces prescriptions sont perdues de vue et dans les dossiers figurent parfois plusieurs certificats de visite ou de contre-visite. Ces pièces, établies par ordre des Chefs d'Etablissements pour des motifs variables, à des dates diverses et non contemporaines de la consolidation de la blessure, sont souvent différentes, parfois contra-

(1) L'enquête du juge de paix prévue à l'article 12 de la loi.

dictoires, et présentent, surtout pour ceux qui jugent sur pièces, des difficultés d'interprétation tout à fait regrettables.

La Commission Consultative Médicale a dû attirer l'attention de la Direction compétente (Direction du Contentieux) sur les inconvénients de cette pratique qui fausse d'ailleurs totalement l'esprit et la lettre de l'article 13, où, nous l'avons vu précédemment, sont spécifiées avec la plus grande précision, les conditions et les circonstances de l'établissement des certificats de consolidation.

A la suite des remarques justifiées de la Commission Consultative Médicale, la Direction du Contentieux a fait paraître une circulaire (1) qui rappelle et fixe à nouveau les dispositions réglementaires de l'Instruction D.

Il est bon que vous connaissiez ces faits afin d'être à même d'éclairer, le cas échéant, les Chefs d'Etablissements ou d'Ateliers sur l'inopportunité de multiplier les certificats de visite et de contre-visite.

Un rapide examen de quelques dossiers d'accidents du travail vous permettra de vous rendre compte personnellement de la simplicité de leur composition comparativement aux dossiers militaires. Mais, il est bon de le rappeler, cette simplicité même fait ressortir l'importance capitale qu'acquièrent, en la circonstance, les certificats médicaux, dont les libellés et les conclusions ne peuvent être complétées, comme dans les dossiers militaires, par des billets d'hôpital, feuilles d'observation, épreuves radiographiques ou toutes autres pièces médicales.

---

(1) *B. O.*, 20 décembre 1917, n° 53, page 3645.

TROISIÈME CONFÉRENCE

ÉTUDE DE L'ÉVALUATION DES INCAPACITÉS

La science de l'évaluation des incapacités reste à créer. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les très nombreux ouvrages traitant de la question des accidents du travail.

Le sujet y est envisagé sous des aspects essentiellement variables, et le médecin n'en tire guère de conclusions pratiques.

Ceci tient à ce que la plupart des auteurs n'ont pas suffisamment précisé, dégagé le rôle médical, confondu, en matière d'évaluations, avec celui du juge.

Il n'existe d'autre part aucun enseignement officiel de cette science des expertises médico-légales en accidents du travail. Jusqu'ici notamment les Facultés de Médecine semblent s'être désintéressées de cette branche de la médecine légale qui exige cependant de la part de tout praticien des connaissances spéciales.

Aussi, le médecin appelé à évaluer des incapacités ouvrières est-il totalement désorienté et doit-il faire son éducation lui-même. Il la fait sans doctrine, sans base solide, surtout sans cette base médicale qu'il importerait tant de bien préciser.

Un auteur français, Remy, s'est efforcé de fixer les conditions de l'évaluation médicale, et a placé la question sur le terrain qui convenait. A l'encontre de tous les autres auteurs, il a cherché à débarrasser le médecin du souci de se mettre d'accord avec les décisions antérieures. Délivré des questions de jurisprudence qui dépassent sa compétence, le médecin, d'après Remy, doit s'appuyer exclusivement sur les données médicales qu'il connaît bien et qu'il peut seul connaître, et étayer sur ces données des conclusions, par le fait, indiscutables.

L'étude rapide que nous allons faire ensemble de l'évaluation des incapacités aura pour objet :

1° *D'envisager les difficultés que présente cette évaluation.*

2° *De préciser, autant que possible, l'idée directrice rationnelle qui doit guider le médecin dans son rôle d'appréciateur, et de définir les limites de son appréciation.*

3° *De déterminer par suite quels peuvent être les éléments, les seuls éléments de cette appréciation médicale et de les étudier.*

I. — DIFFICULTÉS DES ÉVALUATIONS

L'évaluation des incapacités est la partie véritablement délicate et difficile du rôle du Médecin-Expert en accidents du travail. Le Médecin-Expert se guide habituellement en cette circonstance :

Sur son impression personnelle essentiellement variable ;

Sur l'usage ;

Sur la jurisprudence ;

Sur les très nombreux tableaux des invalidités que les auteurs se sont efforcés d'établir.

Il n'existe nulle part un guide-barème sûr et fixe de ces invalidités. Ce guide reste à créer, mais il est permis de douter de la possibilité de sa réalisation.

L'évaluation des invalidités en accidents du travail est en effet des plus complexes et ne saurait se comparer, par exemple, à la classification des infirmités ouvrant des droits à la pension militaire ou à l'estimation des invalidités en vue de l'octroi de gratification.

Quels sont en effet en quelques mots, les conditions et les caractères généraux de l'évaluation en matière d'indemnisation militaire ? Quels sont ces conditions et ces caractères en matière d'indemnisation ouvrière ?

Evaluation en matière de Pensions et de Gratifications militaires

Les *Pensions* offrent, en l'état de la législation actuelle,

une *échelle de gravité* dans le cadre de laquelle doivent rentrer les infirmités ouvrant des droits à la retraite. Les infirmités évaluées à un *taux inférieur à 60 0/0* ne trouvent pas place dans cette classification.

Les *gratifications* sont graduées en *8 catégories* correspondant à une gêne fonctionnelle évaluée en fraction *de 10, 20, 30, etc... 0/0*. Un *Guide-Barème* a été mis entre les mains des Médecins-Experts, et après étude nouvelle et approfondie de la question, un nouveau Guide, plus précis encore, sera prochainement publié. L'octroi de la gratification est subordonné à un *minimum de gêne fonctionnelle évaluée à 10 0/0*.

En matière de pensions comme de gratifications, l'incapacité du blessé est envisagée à un point de vue général : elle correspond à une diminution de capacité fonctionnelle physiologique, à une atteinte à l'intégrité corporelle.

Il est possible cependant que cette conception de l'invalidité militaire soit modifiée un jour. Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler du projet Lemery-Berard qui, lors de la discussion à la Chambre de la nouvelle Loi des Pensions, prévoyait le calcul du taux des pensions militaires proportionnellement au dommage civil subi. Cette thèse a été soutenue par le Médecin-Major Valentino au Congrès des Mutilés du 11 novembre 1917. Sans discuter la valeur et la portée de ce projet, il est bon d'en faire ici mention et de signaler ses conséquences sociales ainsi que les difficultés de son application.

Evaluations en matière d'accident du travail

En matière d'accident du travail, l'*incapacité* du blessé est envisagée à un point de vue bien particulier, au point de vue du *dommage civil*. Cette incapacité correspond à une diminution de *valeur professionnelle* de l'individu qui entraîne de ce fait une *réduction de salaire*.

C'est donc l'appréciation de cette incapacité professionnelle qui doit déterminer le quantum de la *rente* destinée à indemniser l'ouvrier de cette *réduction de salaire*.

Voilà pour le caractère de l'évaluation ouvrière. Quelles en sont les conditions, les limites ? Ici n'intervient aucune règle,

aucune formule absolue, et le Médecin ne trouve nulle part sur les éléments et les limites de cette évaluation les précisions, les indications fermes des lois et règlements militaires. Pas de nomenclature où se rangent d'elles-mêmes les infirmités, pas de cadres précis comparables à l'échelle instituée par l'instruction du 23 juillet 1887 (1). Pas de règles définitives fixant la forme même de cette évaluation. C'est l'usage seul, ce sont les arrêts de la Jurisprudence qui ont fait admettre et adopter l'échelle de 0 à 100 actuellement employée par tous les experts pour évaluer le pourcentage d'incapacité.

Le problème est donc autrement délicat qu'en matière d'évaluation militaire. Nous n'en voulons pour preuve que la diversité des solutions proposées, la variété parfois considérable des taux qui, pour une semblable infirmité, sont fixés par des médecins différents et admis par divers tribunaux d'un même pays.

Nous allons envisager ensemble les différents côtés de ce problème et étudier les moyens, sinon de le résoudre parfaitement, du moins d'arriver à une solution rationnelle.

La loi de 1898 prévoit l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente. Nous l'avons vu précédemment.

Incapacité temporaire

La *première* n'offre guère d'intérêt pour le Médecin-Expert. Elle est suivie, après une période de traitement plus ou moins longue, de guérison complète avec ou sans reliquat fonctionnel. Elle est déterminée sur le certificat de constat et, l'indemnité à laquelle elle donne droit, fixée une fois pour toutes par la loi, est indépendante des lésions. Le médecin n'est donc pas appelé à évaluer l'incapacité temporaire.

Incapacité permanente

Il n'en est pas de même de l'*incapacité permanente* qui

(1) Pensions militaires. Vol. 66[e] de l'édition méthodique, p. 46.

résulte de toute lésion ou perturbation fonctionnelle incurables. Nous savons que cette incapacité permanente revêt deux formes :

1° Quand le blessé *ne peut plus travailler*, l'incapacité permanente est *absolue ou totale*, et l'usage a admis de classer comme entraînant une incapacité permanente totale :

La cécité, l'amputation de deux membres, une paraplégie par lésion médullaire, une hémiplégie, une cardiopathie non compensée, l'aliénation mentale, etc...

L'évaluation de l'incapacité qu'occasionne l'incapacité permanente totale est toujours la même. Elle est de 100 0/0, par suite n'offre aucune difficulté et ne doit être mentionnée que pour mémoire.

2° Quand le blessé *peut encore travailler*, mais d'une façon réduite, l'incapacité permanente est dite *partielle*. Cette forme d'incapacité est de beaucoup la plus fréquente ; tout médecin peut être appelé quotidiennement à l'apprécier. C'est donc cette incapacité permanente partielle qui va nous arrêter quelques instants.

La capacité ouvrière d'un blessé, nous l'avons vu, est représentée par *son salaire* et l'incapacité qui résulte d'une blessure est par suite représentée par la diminution de salaire que l'infirmité doit entraîner.

Comment exprime-t-on dans la pratique cette réduction de salaire ? *Par la même formule qui indique l'incapacité de travail :* par une fraction, ou mieux par un chiffre choisi entre *0 et 100*, 100 représentant le salaire normal de l'ouvrier avant l'accident, 0 l'impossibilité pour lui de tout travail rémunérateur. On dit aussi qu'un blessé a subi une réduction de capacité ouvrière qui correspond à une diminution de salaire de 2 0/0, 5 0/0, 10 0/0, 50 0/0, etc....

Réduction de salaire et incapacité de travail sont donc intimement confondues, et cela de par l'usage.

Il en résulte que le Juge, qui, de par la Loi, fixe le taux de la rente correspondant à la réduction de salaire et, par suite, a seul qualité pour évaluer cette réduction de salaire, adopte

dans l'immense majorité des cas le chiffre indiqué par le médecin pour tarifer l'incapacité de travail.

L'appréciation du Juge et celle du Médecin sont donc confondues, et cependant, elles ne peuvent avoir rationnellement les mêmes bases.

Analyse de la capacité ouvrière

En effet, la capacité ouvrière est complexe : la capacité ouvrière comprend par définition l'ensemble des fonctions utiles au travail. Or, le travail peut être envisagé à deux points de vue :

le travail en général ;

le travail professionnel.

Elément physiologique. — Le premier, le travail en général, est dans les limites de l'évaluation médicale. Le médecin peut connaître la capacité de travail en général, *la capacité de travail physiologique*. Remy définit cette capacité : « *Celle qui est commune à tous les hommes et résulte de l'emploi normal et physiologique de leurs organes ou de leurs membres* » (1).

Cette question est entièrement de la compétence du médecin. Elle implique uniquement des *connaissances anatomiques et physiologiques*, c'est-à-dire strictement *médicales*. Sur ce terrain le médecin est inattaquable, et ses avis ont véritablement force de loi.

Elément professionnel. — *Le travail professionnel* par contre, est différent : il revêt des caractères particuliers qui échappent forcément au médecin. « Certaines parties du corps « y sont plus employées que les autres ; des mouvements « spéciaux y sont nécessaires : ces mouvements doivent « acquérir par l'apprentissage une force, une habileté ou une « rapidité inaccoutumée suivant les besoins du métier. Or,

(1) Ch. Rémy. L'évaluation des incapacités permanentes basée sur la physiologie des fonctions ouvrières. Vigot Frères, 1906.

« la variété des travaux ouvriers, des métiers, et par consé-
« quent des ouvriers est très grande, même si l'on considère
« ceux qui appartiennent à une corporation bien déter-
« minée.

« Pour savoir quelle somme de ces différentes aptitudes est
« nécessitée par une profession, il faut, ou bien être du métier,
« ou bien avoir à sa disposition des documents infiniment
« variés sur la nature et les conditions du travail, sur les
« outils à manier, leur poids, etc.... (1) »

Ces documents précis n'existent nulle part. Le livre qui les rassemblerait n'est pas encore fait.

De sorte que, à l'heure présente et en l'absence de ce *dictionnaire médico-industriel* indispensable, le médecin, conscient de l'importance de ces éléments d'appréciation qui cependant lui font défaut, doit renoncer à tenter l'évaluation précise de cette incapacité professionnelle, car il risque de se tromper gravement.

Les trois exemples suivants, empruntés à des rapports d'experts judiciaires, démontrent jusqu'à l'évidence, à quelle appréciation exagérée le souci de l'élément professionnel peut conduire le médecin.

1er Exemple :

EXTRAIT DES MINUTES DU GREFFE DU TRIBUNAL CIVIL DE ...

RAPPORT D'EXPERT CONCERNANT L'ACCIDENT DU TRAVAIL SURVENU AU SIEUR ....

. . . .
. . . .

Le sieur ..., menuisier, est âgé de ..., il est marié, père d'un enfant de 10 ans.

Au cours de son travail, il eût le médius de la main gauche sectionné auniveau de l'extrémité de la première phalange et l'index de la même main déchiré et contusionné dans sa phalange unguéale.

(1) *Ibidem*, page 7.

Les soins furent donnés par le médecin de l'Etablissement..., jusqu'à la date de la reprise définitive du travail.

Actuellement le médius est réduit au quart de sa longueur ; il n'en reste que les deux tiers de la première phalange.

Le moignon est bien étoffé, la peau est presque saine à son extrémité et à sa face palmaire ; la cicatrice de la plaie a été reportée par une bonne intervention chirurgicale sur la face dorsale du doigt, position favorable au travail ; le doigt n'est ni tuméfié, ni rouge, ni enflammé ; il a à peu près son volume normal ; la cicatrice qui était exhubérante il y a un mois, exhubérance constatée dans un certificat, a depuis changé d'aspect ; elle se présente sous une forme linéaire, transversale, sans inégalités.

Le point capital de cette blessure est une sensibilité très vive de l'extrémité du moignon, sensibilité qui s'observe souvent dans ce genre de traumatisme, le moindre contact, le moindre frolement produisent chez le blessé une douleur interne, une excitation excessives. Il se peut bien que .... exagère dans une certaine mesure, néanmoins cette hypersensibilité peut être tenue pour vraie, on l'observe comme je l'ai dit, dans un grand nombre de cas de cette nature.

La blessure ne se borne pas à la perte du médius, l'index au niveau de sa phalange unguéale a été lésé et notamment la matrice de l'ongle, de telle sorte qu'aujourd'hui, l'ongle ne repousse que partiellement. Cette déformation, jointe à une petite perte de l'extrémité du doigt, devient une gêne dans les mouvements délicats de la profession du sinistré ; en effet, il est menuisier et on comprend très bien que dans ce métier, la main gauche, sans jouer un rôle aussi important que la main droite, a plus d'importance que celle d'un simple manœuvre ou d'un terrassier.

Les doigts de cette main ont une grande utilité dans l'exécution et la précision du travail, qu'ils guident le rabot, la varlope ou la scie ; qu'ils conduisent la bédane ou le ciseau.

En conséquence, en raison de la profession du demandeur, de la perte presque complète du médius, de l'hypersensibilité du moignon, des lésions de l'extrémité de l'index, j'estime qu'il est diminué dans sa capacité ouvrière de *dix-huit pour cent*, l'incapacité est permanente.

La consolidation peut être fixée au premier juin mil neuf cent dix-sept.

A...., le....

Signé : X...

2e Exemple :

RAPPORT D'EXPERTISE MÉDICALE DANS L'INSTANCE .... CONTRE....

Je soussigné X..., Docteur en médecine à ..., commis par jugement préparatoire à la première Chambre du Tribunal civil de ... en date du .... à l'effet d'examiner Mme ..., victime d'un accident du travail au service de l'Etat Français.

. . . .

Le pouce droit est privé de sa phalange unguéale, qui a été désarticulée, le moignon est bien régulier, arrondi, la peau en est lisse, mais pas mince. La cicatrice cutanée se trouve à la face dorsale, elle est légèrement irrégulière, oblique de la face dorsale au bord externe du pouce, elle n'a pas de sensibilité exagérée La cicatrice cutanée est adhérente, mais le reste de la peau du moignon a une certaine mobilité. Tout à fait au sommet du moignon existe une petite surface cornée ronde ayant deux millimètres de diamètre; elle n'est pas douloureuse.

Les mouvements du pouce sont normaux dans l'articulation carpo-métacarpienne, mais l'articulation métacarpo-phalangienne, qui n'est pas ankylosée, ne jouit cependant que de mouvements limités.

Le moignon du pouce, peut pendant la flexion des autres doigts de cette main, se mettre en contact avec eux, de manière à former un anneau pollici-digital complet. Ce moignon arrive aussi au contact de la paume de la main.

Il n'y a pas d'atrophie des muscles de la main, les avant-bras dans leur plus grande circonférence, ont l'un et l'autre deux cent vingt-cinq millimètres.

Quoique le moignon du pouce ait une coloration légèrement plus rouge que les autres doigts et une sensibilité très légèrement augmentée, on peut dire qu'il n'est le siège d'aucun trouble trophique.

Discussion

Mme..... est droitière, elle est privée de la phalange unguéale du pouce droit et son articulation métacarpo-phalangienne, sans être ankylosée, conserve de la raideur.

La privation de la phalange unguéale n'empêche pas le pouce en collaboration avec les autres doigts de saisir les objets à pleine

main, que ces objets soient volumineux ou non, mais de les saisir avec moins de force, ce qui apporte un trouble à la capacité ouvrière.

Quant à la préhension digitale, c'est-à-dire celle opérée avec l'extrémité du pouce et l'extrémité de l'un des autres doigts, elle peut se faire avec des objets tels que couteaux, ciseaux, crayons, plumes même, mais ne pourrait saisir une épingle à cheveux, une aiguille, un petit clou. Cette impossibilité de saisir un objet menu résulte de la conformation arrondie du moignon et du manque de flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il en résulte un préjudice presque nul s'il s'agit d'accomplir des travaux un peu grossiers, mais préjudice plus grave s'il faut faire un travail de broderie, par exemple.

Mme .... dont la blessure nous occupe, n'est pas brodeuse, mais, paraît-il, passementière, et il peut se faire que les circonstances actuelles venant à cesser, elle veuille reprendre son ancien métier; alors la blessure de son pouce l'empêchera de tordre les fils sur le métier, ou du moins de les tordre aussi vite, aussi habilement qu'avant l'accident.

Si pour un travail d'usine on peut évaluer à douze ou quatorze pour cent le préjudice subi, le jour où Mme .... redeviendra passementière, l'estimation serait plus élevée.

Ajoutons cependant, que dans ce cas, il ne faudrait pas exagérer le préjudice, car une passementière n'a besoin de l'usage du pouce que pour tordre les fils au moment de la mise en train.

Conclusions :

Nous croyons devoir conclure que :

1° L'accident dont a été victime Mme .... le.... pendant son travail diminue sa capacité professionnelle de *dix-huit à vingt pour cent* (18 à 20 0/0).

2° La consolidation de la blessure est fixée au....

L'expert a consacré au présent travail douze vacations.

Signé : Docteur X...

3e Exemple :

ACCIDENT DU TRAVAIL

AFFAIRES DE LA POUDRERIE DE ....

RAPPORT D'EXPERTISE MÉDICALE

Nous soussigné, X..., Docteur en Médecine, avons été commis

par ordonnance du Tribunal civil de .... en date du .... avec dispense du serment : « A l'effet d'examiner la victime de l'accident du .... et de faire connaître : 1° Si la victime est ou non atteinte d'une incapacité permanente de travail ; 2° la date exacte de la consolidation de la blessure ; 3° la réduction de capacité que la victime subit dans son travail.

. . . .

Le blessé nous présente sa main gauche recouverte d'un gant de cuir, sa main se présente avec l'annulaire et le petit doigt en flexion, l'index et le médius en flexion forcée, les tissus sont rouges et amincis et les masses musculaires de la paume atrophiées ; l'avant-bras participe à cette atrophie. Il mesure à sa partie moyenne :

à gauche (blessé)	24 centimètres
à droite	25 —
au niveau du poignet :	
à gauche	17 —
à droite	17 cent. 1/2

L'index est atrophié, l'ongle est déformé, branlant et très douloureux au toucher.

L'extrémité de la phalange porte une cicatrice déprimée adhérente à l'os qui a été en partie sectionnée ; cette cicatrice est douloureuse. Ce doigt est raide, fixé à l'extension et ne suit pas dans la flexion de la main les autres doigts, cependant il n'existe pas d'ankylose vraie. les trois articulations de ce doigt peuvent être mobilisées sans déployer trop de force. Il ne s'agit donc que de rétraction et d'adhérence tendineuse.

Le médius est le doigt qui a le plus souffert, il est atrophié et privé d'ongle. A son extrémité se remarque une cicatrice déprimée et adhérente aux fragments osseux de la phalangette qui a été nettement sectionnée. Cette cicatrice est douloureuse, le doigt ne suit pas les autres doigts dans le mouvement de flexion mais il reste en extension permanente ; cependant quand on le mobilise, on peut, sans déployer beaucoup de force, faire mouvoir chacune des articulations. L'attitude vicieuse est donc due à des rétractions et à des adhérences tendineuses.

Sur l'annulaire et le pouce on trouve des cicatrices de coupures qui n'apportent pas de gêne aux fonctions de ces doigts.

Examinons maintenant quelle est la capacité ouvrière de cette

main gauche mutilée : tout d'abord l'extension permanente de l'index et du médius constitue une gêne notable dans tous les mouvements professionnels de la main. Rappelons en effet que le blessé exerce la profession de menuisier-ébéniste. De plus la sensibilité des cicatrices des deux extrémités digitales adhérentes à l'os qui a subi une amputation par la lame de l'outil, amputation non régularisée, constitue une sérieuse gêne aux divers mouvements manuels. Si on examine cette main lorsqu'elle saisit le manche d'un instrument, on voit que l'opposition du pouce s'exerce normalement, mais que l'anneau de prehension n'est formé que par le pouce et les deux derniers doigts. De plus, si l'on fait exécuter au blessé les mouvements de son métier d'ébéniste, mouvements consistant par exemple à saisir rapidement de la main gauche (main mutilée) les pointes pour les enfoncer au marteau de la main droite, on constate qu'il y est très inhabile ; il sera donc obligé ou bien de changer de profession ou bien d'accepter le salaire réduit d'un ouvrier déprécié, et nous croyons devoir estimer cette diminution de capacité de trente pour cent (30 0/0).

. . . .

Quant à la date de consolidation, on peut constater que l'état du blessé est absolument pareil à celui qui existait à sa sortie de l'hôpital et qu'on peut par conséquent la fixer au ....

Conclusions :

1° La victime de l'accident du .... est atteinte d'incapacité permanente de travail;

2° La date de la consolidation doit être fixée au ...

3° La réduction de capacité que la victime subit dans son travail est *de trente pour cent* (30 0/0).

Signé : Docteur X...

Il est facile de constater que dans ces trois exemples, choisis entre beaucoup d'autres, les taux proposés atteignent le double (premier et deuxième exemples), voire même le triple (troisième exemple) des évaluations normales. Ce sont des considérations strictement professionnelles qui ont amené les médecins-experts à proposer des taux dépassant ainsi, dans une très forte proportion, les chiffres habituellement adoptés pour évaluer les incapacités en cause. De tels chiffres heurtent

le bon sens médical, parce qu'ils ne correspondent pas *aux seules données anatomiques et physiologiques* qui sont du ressort du médecin. Sur un terrain si différent du sien, le médecin n'apparaît plus comme le maître de son jugement, et quelles erreurs ne peut-il pas commettre?

Aussi bien, les renseignements d'ordre professionnel lui sont, en pareille circonstance, donnés le plus souvent par les intéressés eux-mêmes, et, dans les cas d'espèce ci-dessus mentionnés, ces indications ont amené les médecins experts non seulement à des estimations dépassant leur compétence, mais à une fausse interprétation de la Loi.

En effet, ces praticiens ont tenu compte, pour l'évaluation du dommage, non pas de la capacité professionnelle en rapport avec le salaire réel gagné au moment de l'accident comme le veut la Loi et la Jurisprudence (1), mais d'une capacité correspondant à une profession antérieure, et par suite à un salaire virtuel.

Certains auteurs cherchant toujours à résoudre la question sur le terrain médico-professionnel, ont proposé des solutions en apparence séduisantes :

Brouardel a donné dans ses tables un chiffre maximum et un chiffre minimum basés sur les évaluations admises dans les différents pays, et en Allemagne en particulier où les accidents sont indemnisés depuis 1894.

De plus Brouardel a, dans sa table des évaluations, divisé les professions en quatre classes :

Les ouvriers *journaliers* (manœuvres, terrassiers, etc.).

Ceux qui utilisent surtout leurs *membres inférieurs* (facteurs, etc.).

Ceux qui ont besoin de leurs *membres supérieurs* (typographes, etc.).

Les *ouvriers d'art*, dont les yeux et les mains sont les organes dont l'intégrité est essentielle.

La table de Brouardel a l'avantage d'être simple, et elle peut répondre aux cas les plus fréquents. Mais elle est encore impar-

(1) Cassation Requêtes, 20 février 1911.

faite, car dans chacune de ces quatre catégories, la variété des professions est considérable, et le médecin qui ne peut apprécier ces différentes variétés, commettra toujours des erreurs, sinon grossières, du moins très appréciables. L'auteur a d'ailleurs lui-même souligné l'imperfection de sa méthode par l'indication, dans son tableau. pour chacune des quatre catégories, de chiffres extrêmes variant dans une proportion souvent élevée (40 à 55, 70 à 90, etc.).

Par quelle considération, le médecin justifiera-t-il, pour une même catégorie, des pourcentages d'évaluation aussi différents ? Sur quoi se basera-t-il pour différencier la valeur d'une phalangette respectivement chez un violoniste et chez un harpiste, chez un menuisier-ébéniste et chez un tapissier ?

Becker a adopté une autre classification également assez ingénieuse :

Il divise les professions en :

Métiers demandant seulement de la force physique (bûcherons, portefaix, cantonniers, terrassiers, etc.) ;

Métiers demandant un certain degré d'habileté, en plus de la force physique (charpentiers, maçons, tapissiers, etc.) ;

Professions ne demandant guère que l'usage des mains (tailleurs, cordonniers, menuisiers, serruriers, etc.) ;

Professions exigeant une grande tension intellectuelle, (artistes, machinistes, ingénieurs, etc.).

Cette classification est également séduisante. On peut, néanmoins, lui adresser les mêmes reproches qu'à celle de Brouardel. Quoi qu'on fasse, elle demeure imparfaite, et laisse subsister des degrés, des nuances d'appréciation qui ne sont pas à la portée du médecin.

D'ailleurs, dans la pratique, le juge n'interroge que rarement le médecin sur la valeur professionnelle, estimant, à juste titre, qu'une telle évaluation sort de ses attributions. La jurisprudence adopte nettement ce principe. Nous n'en voulons pour preuve que l'arrêt suivant de la Cour de Bourges, prononcé le 6 mai 1907 :

La réduction de capacité doit être évaluée par le médecin,

non à l'égard de la profession exercée, mais en tenant compte des facultés du travail, qui, d'une manière générale, subsistent après l'accident.

Cet arrêt est formel, et ne prête à aucune discussion.

Autres éléments. — Aussi bien, toute la difficulté ne réside pas uniquement dans la connaissance des multiples professions ; il existe *d'autres facteurs d'évaluation de l'incapacité professionnelle*, indépendants de la profession même, mais susceptibles de modifier cette incapacité. En le supposant idoine à juger de la valeur professionnelle d'un blessé, le médecin se trouvera de nouveau aux prises avec des éléments d'évaluation dont certains dépassent encore sa compétence.

Les principaux de ces facteurs sont :

L'âge ;

La multiplicité des lésions ;

L'état antérieur ;

L'accommodation ;

Le degré d'instruction ; d'intelligence ;

La capacité de reclassement, c'est-à-dire d'adaptation à une autre profession ;

La capacité de concurrence, etc., etc.

Le médecin pourra tenir compte des facteurs, âge, multiplicité des lésions, état antérieur, qui sont du domaine médical.

Il ne peut se prononcer à coup sûr sur l'accommodation qui suppose toujours la connaissance de la profession et la certitude de la réalisation de la réadaptation à cette profession ; il ne peut se prononcer davantage sur le degré d'instruction, d'intelligence professionnelle, sur la capacité de reclassement, de concurrence, etc.

En outre, au moment de fixer le taux de son évaluation, le médecin doit se garder de toute considération étrangère à la matière médicale telle que le chiffre de la rente qui sera vraisemblablement allouée au blessé. Cette rente étant égale seulement à la moitié du pourcentage exprimant la réduction de capacité de travail, on est parfois tenté, sur les instances ou

les récriminations de l'intéressé, de grossir ce pourcentage. Le médecin doit se défier de toute sentimentalité qui ne peut que fausser son propre jugement.

Inversement, pour tout autre motif, le médecin-expert peut fixer un taux d'évaluation inférieur à l'estimation rationnelle :

Il est dit à l'article 21 de la loi que la pension pourra être remplacée par le paiement d'un capital, si elle n'est pas supérieure à 100 francs, et si le titulaire est majeur.

Or, il arrive qu'en pareille circonstance, lorsque le pourcentage correspondant rationnellement à l'infirmité entraîne l'octroi d'une rente légèrement supérieure à 100 francs, l'ouvrier prie parfois le médecin d'abaisser son évaluation, afin que la rente, maintenue dans les limites de la Loi, lui soit payée en une fois sous forme de capital.

Enfin, l'examen de nombreuses affaires fait ressortir avec quelle facilité les évaluations atteignent parfois des taux disproportionnés lorsqu'il s'agit non pas d'ouvriers, mais d'ouvrières.

Les conclusions des certificats ci-dessous démontrent quelle valeur on cst tenté d'attribuer à la main féminine.

La moitié de deux doigts y est estimée 50 0/0. En partant de cette base et pour être logique, les deux doigts entiers vaudraient 100 0/0, les cinq doigts 250 0/0 et la main entière 300 0/0 !

Tout commentaire serait superflu :

Poudrerie nationale de ....

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné X..., médecin de la poudrerie, chargé du service médical du dit établissement, certifie que Mme ..., ouvrière à la poudrerie de ..., est atteinte de :

Amputation des deux premières phalanges du médius et de l'annulaire droits (1).

En conséquence, estime que les infirmités relatées ci-dessus ont pour résultat :

de diminuer sa capacité de travail *de cinquante pour cent.*

A .... le....

Signé : X....

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné Z..., médecin aide-major de 1re classe, après avoir contre-visité Mme ..., ouvrière d'autre part dénommé, certifie..

. . . .

(copié servilement sur le précédent)

. . . .

A ...., le....

Signé : Z...

(1) Il s'agissait en réalité des deux *dernières* phalanges. Cette erreur anatomique est constante dans les certificats de médecins. Elle peut, nous l'avons vu, empêcher la révision de jouer !

II. — SOLUTION DU PROBLÈME

En présence de ces difficultés de toutes sortes, il apparaît donc plus judicieux pour le médecin de demeurer dans ses appréciations sur le *terrain strictement médical*. S'en tenant à l'évaluation de l'incapacité du travail en général, il ne se prononce que sur cette évaluation. Il laisse totalement au juge le soin de compléter ou de modifier, s'il y a lieu, cette évaluation, en tenant compte des autres éléments d'appréciation, et en premier lieu, comme le veut la loi, de l'élément professionnel. Ces éléments divers et extra-médicaux sont fournis au magistrat par des professionnels, des techniciens, des ouvriers, des patrons, etc., consultés comme experts au même titre que le médecin.

Le médecin ne doit pas se substituer au juge et supporter seul la responsabilité d'une appréciation, qui dépasse les limites de sa compétence, et que d'ailleurs la loi ne lui a pas conférée.

III. — ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION STRICTEMENT MÉDICAUX

L'évaluation de l'incapacité de travail en général, de la réduction de capacité ouvrière normale, suppose chez le médecin la connaissance :

A) de la physiologie des fonctions ouvrières en général ;

B) de la pathologie de ces fonctions ouvrières.

1°. — Physiologie des fonctions ouvrières en général

Cette physiologie spéciale a été bien précisée par Rémy. Elle est basée sur *la décomposition des mouvements des*

TABLEAUX, D'APRÈS RÉMY, DES MOUVEMENTS OU FONCTIONS UTILES AU TRAVAIL

I. — BRAS ET AVANT-BRAS 1. Flexibilité. 2. Rotation. 3 Ecartement ou rapprochement du tronc. 4. Elévation au-dessus de la tête. 5. Transport de la main au lieu du travail. 6. Fonctions de la main. 7. Sensibilité. 8. Effort.	II. — MAIN 1. Préhension à pleine main, anneau pollicidigital et fourreau digital. 2. Préhension à la pince bi, tri, quinti digitale. 3. Mouvement de roulement des doigts. 4. Propulsion par la paume ou le talon de la main. 5. Direction des outils. 6. Sensibilité.
III. — MEMBRES INFÉRIEURS 1 Marche à plat. 2. Ascension ou descente en plan incliné. 3. Station verticale. 4. Station assise. 5. Station accroupie ou à genoux. 6. Station à califourchon. 7. Rotation. 8. Sensibilité. 9. Effort.	IV. — TRONC 1. Flexibilité. 2. Rotation. 3. Rigidité ou effort faible. 4. Effort thoracique. 5. Effort thoraco-abdominal. 6. Fonctions de la moëlle. 7. Influence sur la nutrition générale.
V. — COU 1. Flexibilité. 2. Rotation. 3. Voix. 4. Effort. 5. Influence sur la nutrition générale.	VI. — TÊTE 1. Agent de transport. 2. Parole. 3. Vue. 4. Ouïe. 5 Fonctions de l'encéphale. 6. Nutrition générale.

membres et autres régions du corps, envisagés à un point de vue essentiellement pratique : celui des fonctions ouvrières en général.

Cette décomposition une fois fixée, on apprécie *la valeur de chaque mouvement ouvrier exécuté par chacun des segments de membre ou de région par rapport à la valeur totale du membre ou de la région.*

Cette appréciation suppose, bien entendu, *une base d'évaluation fixe* pour chaque membre ou chaque région. Cette base est représentée par le chiffre moyen généralement adopté dans tous les pays pour la perte totale du membre ou de la fonction du membre, pour la perte totale de la fonction de la région. Ce chiffre moyen est celui qu'ont admis d'un commun accord les ouvriers, les patrons, les médecins, les juges. Il sert de point de départ pour calculer la réduction de valeur ouvrière résultant de lésions plus ou moins importantes.

Un simple coup d'œil jeté sur les tableaux ci-contre permet d'embrasser, pour chaque membre ou région importante, l'ensemble des mouvements ou fonctions utiles au travail tels que les conçoit Rémy.

Les dénominations trop abstraites en physiologie ouvrière d'extension, de flexion, d'adduction, d'abduction, d'opposition, etc., y ont avantageusement été remplacées par des termes plus concrets : flexibilité, rotation, préhension, pince, fourreau digital, etc , qui synthétisent un ensemble de mouvements utiles, et sont aisément compris et interprêtés en dehors de toute éducation médicale.

2°. — Pathologie des fonctions ouvrières en général

Mais cette physiologie ouvrière normale du corps humain peut être modifiée par des altérations pathologiques. Or, les lésions et infirmités sont légion. Une longue expéricnce de la question a permis à l'auteur de constater qu'au point de vue pratique les unes et les autres pouvaient rentrer dans une des sept catégories suivantes, toutes facilement constatables et d'un diagnostic aisé :

Les amputations et désarticulations ;
Les ankyloses et raideurs ;
Les déformations et raccourcissements ;
Les pseudarthroses ;
Les paralysies ;
Les amyotrophies ;
Les troubles circulatoires.

Mis en présence de l'une ou l'autre de ces lésions, le médecin la considère dans ses rapports avec les différentes fonctions ouvrières énumérées dans les tableaux précédents. Il compare le travail physiologique normal du membre ou de la région intéressée avec le travail diminué du fait de la lésion, et établit ainsi la physiologie pathologique du membre ou de la région. Lorsque plusieurs des sept variétés coexistent, on ne tient compte que des conséquences de la lésion prédominante.

Il ne reste plus qu'à évaluer par une proportion le degré de cette physiologie pathologique, en partant du chiffre de base qui correspond à la valeur physiologique du membre entier ou de la région normale.

Le tableau ci-après, pris comme exemple, est destiné à montrer la série des opérations qui ont conduit Rémy à ses chiffres d'évaluation des incapacités résultant des amputations et désarticulations du membre supérieur.

TABLEAU DESTINÉ A MONTRER LA SÉRIE DES OPÉRATIONS QUI ONT CONDUIT RÉMY A SES CHIFFRES D'ÉVALUATION DES INCAPACITÉS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

	Amputations ou désarticulations									Perte de valeur de l'ouvrier	
	Que deviennent les fonctions ouvrières du membre supérieur ?								La diminution des fonctions ouvrières pour le membre supérieur est :	On sait que la perte totale du membre supérieur est évaluée à 75 0/0 membre actif et 60 0/0 membre passif. En divisant ces chiffres par la fraction obtenue dans la colonne précédente, on a la perte réelle.	
	Flexibilité	Rotation	Écartement ou rapprochement du tronc	Élévation au-dessus de la tête	Transport de la main au lieu du travail	Fonctions de la main	Sensibilité	Effort		Membre actif	Membre passif
Épaule Désarticulation	0	0	0	0	0	0	?	0	totale	75 0/0	60 0,0
Bras Amputation 1/3 moyen	0	0	possible	possible	0	0	?	0	9/10	67,5 0,0	54 0/0
Coude Désarticulation	0	faible	id.	id.	0	0	?	0	9/10	67,5 0/0	54 0/0
Avant-bras Amputation 1/3 moyen	possible	id.	id.	id.	0	0	?	0	8/10	60 0/0	48 0/0
Poignet Désarticulation	id.	id.	id.	id.	0	0	?	0	7/10	60 0/0	48 0/0
Poignet Désarticulation carpo-métacarpienne ou amputation dans le métacarpe.	id.	possible	id.	id.	?	?	Conservée	faible	3/5	45 0/0	36 0/0

ANKYLOSE DU POUCE

Enumération des lésions ou mutilations	Fonctions ouvrières de la main						Diminution de valeur physiologique résultant des lésions ou mutilations ci-contre		
	Anneau pollicidigital	Pince	Fourreau	Roulement des doigts	Direction	Effort	Pour la main considérée en elle-même ou isolément	Pour le blessé considéré au point de vue de son aptitude générale au travail	
								Si la main active est atteinte	Si la main passive est atteinte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pouce (articulation phalango-unguéale)	diminué	diminuée	conservé	légèrement dminué	conservée	conservé	1/20	pour 100 3 (1)	pour 100 2,4 (1)

(1) Rappelons que la perte de la main active est estimée à 60 0/0 et celle de la main passive à 48 0/0.

Enfin, le tableau de la page 71 fixera encore le travail d'analyse, puis de synthèse qui conduit au résultat physiologique cherché dans un cas d'espèce (ankylose en position favorable — rectitude presque complète — de l'articulation phalango-phalangettienne du pouce).

Les trois questions à se poser pour évaluer cette lésion sont les suivantes :

1re *Question :* Quels sont les mouvements ouvriers empêchés ou limités par cette ankylose ?

(La réponse est donnée dans les colonnes 2, 3, 4, 5, 6, 7).

2e *Question :* Dans quelle proportion la valeur du membre ou du segment de membre est-elle diminuée au point de vue de son utilisation ouvrière par rapport à la normale ?

(La réponse apparaît dans la colonne 8).

3e *Question :* Quelle réduction l'infirmité entraîne-t-elle dans la capacité ouvrière du blessé ?

(Les colonnes 9 et 10 fixent définitivement cette réduction).

Cette méthode d'appréciation n'est pas, comme un examen superficiel pourrait le faire croire, d'une précision rigoureusement mathématique, ce qui, en matière d'évaluation médicale, constituerait une grave erreur. Seul le chiffre de base représentant la perte totale du membre ou de la fonction est un chiffre fixe et c'est là une condition nécessaire. Mais le rapport de proportion, objet de la 2e question, et destiné à apporter d'une façon en quelque sorte automatique la réponse à la 3e question, reste essentiellement subordonné au jugement de l'expert médical. Il demeure entendu que ce jugement, appuyé sur des considérations cliniques, par suite variables dans une certaine mesure suivant les cas d'espèces, doit avant tout demeurer libre. A ce prix seulement chaque expertise conserve toute sa valeur.

AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION STRICTEMENT MÉDICAUX

Une telle méthode peut avoir comme d'autres ses imperfections. Mais il faut du moins lui reconnaître une grande qualité : elle fixe le rôle du médecin en matière d'évaluation d'incapacité ouvrière, et elle arrive à cette conclusion que ce rôle doit demeurer essentiellement, strictement médical.

Sur le terrain médical qui est le sien propre, le médecin est inattaquable au même titre que l'avocat ou le juriste en matière de procédure.

Il a tout intérêt, toute sécurité à s'y cantonner d'une manière exclusive.

D'ailleurs à tous moments de son expertise, le praticien se voit en demeure d'appliquer ce principe, car comme nous l'avons vu tout à l'heure, l'élément professionnel n'est pas le seul qui soit susceptible de fausser son jugement. Il n'est pas à même d'apprécier les facteurs :

Accommodation, degré d'instruction, d'intelligence professionnelle, capacité de reclassement, de concurrence, etc... dont il doit prudemment laisser l'appréciation au juge.

Par contre, il peut être appelé à tenir compte, dans ses évaluations, de l'âge, de la multiplicité des lésions, de l'état antérieur qui sont du domaine médical.

Il convient donc, pour être complet, d'envisager en quelques mots la conduite que le Médecin-Expert est appelé à tenir en présence de ces derniers facteurs.

Age. — En ce qui concerne l'âge, on a admis dans la pratique qu'à partir de 40 ans, le médecin peut tenir compte de l'aggravation de l'incapacité permanente partielle due à l'âge par l'addition d'un coefficient basé sur l'état de sénilité.

Si l'on s'en rapporte aux différents auteurs, on constate que ce coefficient oscille entre 1 et 10 0/0 de la perte. Il demeure, bien entendu, proportionné à l'importance de cette perte, et

au degré de sénilité. Il s'additionne au pourcentage de l'incapacité. Il va de soi que ces chiffres n'ont rien d'absolu, car l'état de sénilité est susceptible de varier d'un sujet à l'autre dans des proportions parfois considérables, et de retentir très différemment, suivant les cas, sur l'état d'incapacité.

Multiplicité des lésions. — La conduite que doit tenir le Médecin-Expert en cas de multiplicité des lésions n'a jamais été précisée.

Nous savons que l'incapacité absolue telle que celle qui résulte de la cécité, de l'amputation de deux membres, etc... est évaluée à 100 0/0. Il s'agit là d'infirmité rendant tout travail impossible.

Mais, d'autre part, nous savons que la somme d'un certain nombre d'infirmités de moindre importance chez le même sujet peut atteindre ce chiffre et même le dépasser, sans cependant qu'il y ait incapacité absolue, et ceci parce que la base d'appréciation est mauvaise, le pourcentage admis en principe pour chaque infirmité étant trop élevé.

Par conséquent, l'évaluation des lésions multiples peut aboutir au chiffre de 100 0/0, réservé en principe à l'incapacité absolue, d'une façon purement automatique, arithmétique, sans qu'on puisse dire que, médicalement, physiologiquement, cette incapacité soit réalisée.

Le médecin, dans cette circonstance, n'a d'autre ressource que de bien spécifier le caractère *partiel* de chaque infirmité. Le taux de la rente correspondra ainsi, conformément à la Loi, à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire. Si le médecin, par contre, perd de vue cette notion et conclut à l'incapacité *absolue*, en raison du pourcentage global de 100 0/0 auquel le conduit automatiquement son calcul, c'est sur la base des deux tiers de son salaire que la victime sera indemnisée, solution non conforme à l'équité et à l'esprit de la loi.

Mais inversement, plusieurs lésions surajoutées peuvent, en raison même de leurs caractères, occasionner physiologiquement l'incapacité absolue ou s'en rapprocher plus ou moins,

sans que le simple total des pourcentages corresponde à l'incapacité réelle. Il n'en est pas moins vrai qu'en pareille circonstance, il est rationnel et équitable que le médecin majore dans une certaine proportion le taux de son évaluation globale. Cette question capitale n'a pas été traitée scientifiquement. Cependant Remy en a cherché la solution dans une méthode physiologique qui, à ce titre, mérite d'être retenue.

Cet auteur pose en principe que si les lésions peuvent être compensées par un procédé quelconque, il n'y a pas lieu d'admettre l'incapacité absolue et, par suite, de majorer le taux d'indemnisation. Dans le cas contraire, il paraît, médicalement, équitable de majorer ce taux.

Par conséquent, en cas de lésions multiples, il y a lieu de considérer deux cas :

1° *La suppléance de l'organe ou de la fonction perdue existe.*

2° *La suppléance de l'organe ou de la fonction perdue n'existe pas.*

La suppléance ou compensation physiologique résulte de la conservation d'un organe ou d'une fonction symétrique qui s'adapte progressivement au remplacement de l'organe ou de la fonction perdue ou compromise. Ainsi, quand la lésion porte sur un seul et même membre, la compensation est faite par le membre du côté opposé.

La compensation peut aussi résulter de la suppléance fournie par un organe non symétrique : le doigt voisin d'un doigt blessé peut, dans certains cas, le remplacer.

L'appréciation de l'existence ou de l'absence de suppléance est basée sur la connaissance de la physiologie. Elle doit donc intervenir dans l'estimation médicale du dommage.

1er cas. — *La suppléance existe ou est possible :*

Il n'y a pas lieu à majoration ; la simple addition des évaluations suffit :

1er Exemple :

Raideur du coude droit	15 0/0
Perte de l'index droit	12 0/0
Perte de l'auriculaire droit	5 0/0
	32 0/0

2e Exemple :

Raideur du coude droit	15 0/0
Perte de l'index droit.	12 0/0
Amputation de l'auriculaire droit . .	6 0/0
Enucléation de l'œil gauche. . . .	30 0/0
Désarticulation du pied	30 0/0
	93 0/0

2e cas. — *La suppléance n'existe pas ou est impossible :*

Il y a lieu de majorer, car la perte augmente d'importance au point de vue physiologique.

Exemple typique :

Perte d'un œil		33 0/0
Perte des deux yeux.		66 0/0
Majoration	34 0/0 =	100 0/0

Autre exemple :

Perte d'un pouce		20 0/0
Perte des deux pouces : 20 0/0 + 16 0/0 =		36 0/0
Majoration	14 0/0 =	50 0/0

Lorsque la multiplicité des lésions non compensées aboutit, comme dans la cécité, à l'incapacité absolue, la fixation du taux ne souffre pas de difficultés. Elle atteint le maximum, soit 100 0/0.

Dans les cas moins graves, comme dans l'exemple précédent (perte des 2 pouces), le taux de majoration est plus difficile à apprécier. L'usage a admis de majorer, dans ces circonstances, le pourcentage normal *d'un chiffre sensiblement égal à la moitié de ce pourcentage normal.*

QUATRIÈME CONFÉRENCE

ETAT ANTÉRIEUR

Le troisième facteur qui peut être appelé à entrer en ligne de compte dans l'évaluation médicale des incapacités est l'état antérieur.

Cette question des états pathologiques antérieurs aux accidents et susceptibles d'être aggravés par eux, intéresse le médecin au plus haut point. Son importance mérite que nous nous y arrêtions quelques instants.

Bien des lésions traumatiques sont influencées par l'état de santé antérieur du blessé. Le cas du diabétique est classique. Celui du hernieux également, du tuberculeux, du cardiaque, etc....

Le médecin doit-il tenir compte de cet état antérieur? Les avis sont partagés et là surtout, beaucoup de médecins demeurent hésitants. Certains répondent par l'affirmative, d'autres par la négative : d'autres plus électiques, et parmi eux Imbert, Oddo et Chavernac, sont d'avis de tenir compte, dans les évaluations, d'une certaine catégorie de prédispositions, de celles qui visent la région traumatisée (hernie, ulcère variqueux, etc....), mais de ne pas tenir compte des prédispositions d'ordre général (diabète, tuberculose, etc., etc...) (1).

Quoi qu'il en soit la Jurisprudence est, après bien des tâtonnements et des contradictions, à l'heure actuelle, à peu près unanime à rendre l'employeur intégralement responsable de l'incapacité réelle constatée lors de l'examen. *La Cour de Cassation* qui représente la vérité légale, refuse en effet de

(1) Imbert, Oddo et Chavernac. *Guide pour l'évaluation des incapacités.* Masson, 1913.

prendre en considération la prédisposition naturelle et rend *l'employeur ou son assurance intégralement responsable des conséquences de l'accident.*

Au point de vue médical cependant, il semble rationnel et juste de tenir compte, en principe, dans tous les cas, des prédispositions morbides. Malheureusement, bien souvent, le médecin n'est pas suffisamment documenté pour faire la part exacte de ce qui, dans le dommage, revient à l'état antérieur.

Pour cela, il faudrait que l'état de santé de l'ouvrier soit constaté lors de son entrée à l'usine par un examen analogue à celui du Conseil de Révision, ou à la visite d'incorporation de l'armée. Or, à de très rares exceptions près, cette pratique n'est pas admise en France.

Il reste un moyen préconisé par Vibert et qui consiste dans une rédaction extrêmement détaillée du libellé médical du certificat de constat de blessure : indépendamment des lésions imputables à l'accident, le médecin y mentionnerait les maladies antérieures ou les grosses tares...... Mais, que devient, dans ces conditions, le secret médical ?

Il faudrait, dit Vibert, une description détaillée de la blessure, de son siège exact, de sa nature, de ses dimensions, ne serait-ce que pour confondre certains simulateurs qui attribueront plus tard à l'accident quelque cicatrice ou quelque lésion ancienne. Il serait très utile aussi de signaler toutes les complications des blessures, et même dans certains cas de spécifier celles qui n'existent pas, par exemple de noter qu'une contusion de la poitrine n'a pas provoqué d'hémoptysies, qu'un coup à la région épigastrique n'a pas été suivi d'hématémèses ni de vomissements, qu'un traumatisme crânien n'a pas entraîné de perte de connaissance, etc.

Il serait également à souhaiter que le médecin recherche et signale les maladies antérieures ou les grosses tares, par exemple que dans tous les cas de contusions du thorax il pratique l'auscultation et la percussion de la poitrine, en vue de s'assurer si l'accidenté n'est pas tuberculeux, qu'en cas de traumatisme sur les parties génitales, il vérifie s'il y a ou non un écoulement du canal de l'urètre ou une tuberculose testiculaire, etc. La recherche du sucre et de l'albumine dans les urines serait encore une bonne précaution.

Quand bien même la jurisprudence mettrait décidément à la charge de l'auteur de l'accident toutes les aggravations des maladies antérieures, elle n'ira jamais jusqu'à attribuer à l'accident des affections qui existaient auparavant et qui n'ont pas été notablement influencées par celui-ci. Cette considération seule mériterait que l'état général du blessé soit examiné et que les tares évidentes soient mentionnées (1).

En ce qui concerne les ouvriers des usines de guerre, la question est en principe simplifiée, puisque l'article 13 de l'Instruction C (Volume 65[2]) prévoit, dans des conditions spéciales, une *visite d'admission* qui constate l'état physique de l'ouvrier au moment de l'embauchage. Cet état est mentionné sur une fiche dite *fiche d'embauchage*.

Nous savons aussi par l'article 13 de l'Instruction D que cette fiche demeure, le cas échéant, à la disposition des Médecins-Experts et que ces médecins sont d'autre part invités à évaluer les résultats de blessures accidentelles en tenant compte des indications sur l'état physique antérieur des blessés.

La netteté des diagnostics portés aux fiches d'embauchage permettra cette précision d'évaluation prévue par le règlement, et si difficile à réaliser d'habitude.

Quoi qu'il en soit, quelle conduite convient-il de tenir en présence d'une infirmité accidentelle, mais en partie imputable à un état antérieur?

Bien que le médecin ne doive pas perdre de vue le caractère essentiellement forfaitaire que le législateur a, sciemment, donné à la Loi, il semble qu'en toute équité il doive tenir compte de l'état antérieur de la façon suivante :

« Dans tous les cas où la prédisposition morbide n'est pas « douteuse, il appartient au médecin-expert d'exposer claire- « ment la situation au juge en montrant ce qui serait proba- « blement arrivé sans le traumatisme accidentel et le rôle « exact de ce traumatisme : tantôt, en effet, l'accident n'aura « été que le déclanchement d'un état morbide, qui, sans lui,

(1) Vibert. *Les Accidents du travail.* Paris, 1906.

« ne se serait probablement jamais produit, et ici les responsabilités paraissent devoir incomber tout entières au patron ; tantôt, au contraire, dans une maladie déjà en évolution, l'accident n'aura été qu'une circonstance aggravante et il faut reconnaître qu'alors le tort causé n'est que partiellement le fait de l'accident » (1).

Mais, dans un cas comme dans l'autre, ce n'est pas au médecin qu'il appartient de reconnaître en quelque sorte matériellement l'influence de la prédisposition. L'expert *évalue* l'incapacité totale. Il expose ensuite le plus nettement possible la part qui revient à la maladie préexistante, mais sans fixer par un pourcent cette part qui, dans l'incapacité totale, revient à l'état antérieur. Il doit laisser au juge, alors en possession de tous les éléments de la cause, le soin d'apprécier définitivement et de déterminer, selon l'esprit et la lettre de la loi, le chiffre définitif de l'indemnisation.

LOI DU 25 NOVEMBRE 1916 (2)

A cette importante question de l'état antérieur se rattache directement celle qui a trait à la situation des blessés de guerre victimes dans la suite d'accidents du travail. Nous faisons ici allusion à la *Loi du 25 novembre 1916* qui intéresse le médecin au premier chef et apparaît grosse de conséquences.

Cette Loi concerne les mutilés de la guerre et les hommes atteints de *maladies ou infirmités graves et incurables* contractées en service ou aggravées par le service pendant la guerre, *ultérieurement victimes d'accidents du travail.*

Voici ce que prescrit la loi :

En cas d'accidents du travail, l'ordonnance du Président du Tribunal qui fixera le montant de la rente devra indiquer :

(1) Ollive et Le Meignen. *Traité médico-légal des accidents du travail.* Paris, 1913.
(2) *B. O.*, P. P., 1917, page 257.

« 1° *Si l'accident a eu pour cause exclusive l'infirmité de* « *guerre* ;

« 2° *Si la réduction permanente de capacité résultant de* « *l'accident a été aggravée par le fait de la dite infirmité* « *et dans quelle proportion.*

« Le chef de l'entreprise sera alors exonéré :

« *Dans le 1er cas : de la totalité de la rente à allouer à la* « *victime ;*

« *Dans le 2e cas : de la quotité de la rente correspondante à* « *l'aggravation ainsi déterminée.* »

La victime d'ailleurs ne doit rien y perdre, car, grâce à un système d'assurance couvrant la part d'incapacité que n'indemnise pas le patron, l'indemnité sera globale et intégrale.

L'inspiration de cette loi paraît évidente ; le législateur a voulu éviter que les blessés de la guerre ne soient systématiquement refusés dans certaines industries où, du fait de leurs infirmités, ils seraient plus exposés aux accidents que leurs camarades valides.

Mais la conséquence juridique immédiate en est grave : c'est admettre le principe qui consiste à incriminer un premier accident pour en couvrir un second.

En outre, le rôle du médecin appelé à faire la part de ce qui revient à la première infirmité dans la genèse de l'accident ne sera pas toujours facile, tant s'en faut, et la nouvelle loi ouvre à ce point de vue un large terrain d'étude, et aussi de discussion.

Le problème a déjà été entrevu par Imbert qui a esquissé cette importante question de la façon la plus heureuse dans la *Presse Médicale* du 11 octobre 1917 (1).

Enfin l'application de la nouvelle loi nécessite la communication préalable des dossiers de pensions concernant les anciens militaires visés par la loi, aux experts commis par justice pour apprécier les suites des accidents du travail.

Bien que l'administration de la guerre, de concert avec le

(1) Imbert, Accidents du travail et blessures de guerre. Une loi nouvelle. *Presse Médicale* du 11 octobre 1917, n° 57.

médecin, soit tenue de respecter le secret professionnel « tutélaire et d'ordre public », il semble, qu'en la circonstance, le droit de réquisition du Tribunal soit nettement impliqué dans la loi du 25 novembre 1916. Sans l'élément de comparaison fourni par les dossiers de pension, le Tribunal serait, en effet, dans l'impossibilité de déterminer en connaissance de cause la part qui revient, dans l'incapacité nouvelle, à l'infirmité de guerre préexistante, et à l'accident du travail.

NÉVROSES TRAUMATIQUES

Il est une catégorie d'infirmités observées parfois à la suite de traumatismes au cours du travail, qui présupposent un état antérieur et dont l'appréciation médicale est particulièrement difficile. Ce sont les névroses traumatiques : *hystérie traumatique et neurasthénie traumatique*.

Ici, on se trouve en présence de deux théories bien différentes pour l'évaluation médicale de l'incapacité résultant de ces névroses : les uns avec Brissaud évaluent toujours cette incapacité à un chiffre très bas, ne dépassant pas 10 0/0, car ils se basent sur *la nature purement fonctionnelle* des troubles observés et la presque certitude de leur guérison après le règlement de l'affaire. Les autres, au contraire, avec Vibert, considèrent en lui-même le trouble rapporté au fonctionnement de l'individu et fixent le taux de l'incapacité comme si elle était de *nature organique*.

Le premier mode d'évaluation paraît peu scientifique ; il repose sur une simple probabilité de guérison, et parfois sur une erreur de diagnostic. Il est, en principe, défavorable au blessé, et, dans tous les cas, non conforme à la Loi.

En effet, si la guérison est possible, elle peut par contre ne jamais venir, et dans ce dernier cas, la victime se trouve lésée car elle n'est pas indemnisée selon le vœu de la Loi. D'ailleurs, qu'importe à l'ouvrier infirme la cause exacte de son incapacité, et sur quoi le médecin-expert se base-t-il, sur quelle certitude clinique, pour attribuer aux troubles présentés le qualificatif de fonctionnels, de psychiques ou de pithiatiques,

et pour lui dénier, sinon toute réalité, du moins tout caractère durable ? Nous savons bien que souvent l'épithète « fonctionnel » ne sert qu'à masquer les hésitations du médecin, souvent justifiées d'ailleurs par les difficultés matérielles qu'il rencontre pour asseoir son diagnostic.

Le deuxième mode d'évaluation qui consiste à évaluer intégralement l'infirmité, qu'elle soit organique ou inorganique, paraît, de prime abord, plus équitable, en tout cas plus conforme à la Loi et à une saine appréciation des faits. Le Tribunal de Roanne, dans un jugement du 7 novembre 1906, abonde nettement dans ce sens. Il s'agit d'un cas de névrose traumatique oculaire où l'expert, après évaluation de l'incapacité à 20 0/0, proposait de fixer la rente au taux de 15 0/0, en se basant sur la nature inorganique des troubles observés.

Voici ce jugement :

« Attendu que la législation des accidents du travail ne contient « aucun texte de nature à adopter *la moyenne* prévue par l'expert, « que la loi met le fait matériel de l'infirmité ou de la lésion en « regard du salaire annuel pour arriver à une conclusion fatale « et pour ainsi dire mathématique, tendant à la fixation de la « rente ».

« Attendu que l'admission de *cette moyenne est contraire* au « principe essentiellement *forfaitaire de la Loi*, qu'elle tendrait « même à paralyser l'action en révision ou même à en entraver « l'emploi. qu'en effet, si aucune modification ne se produit pendant trois ans, la réduction de 15 0/0 doit être irrévocablement « maintenue alors, qu'en l'état actuel d'infirmité, l'expert estime « que celle-ci entraîne une réduction de 20 0/0, etc. » (1).

Et, le Tribunal a alloué la rente correspondant au taux intégral de 20 0/0.

Ces considérations, adoptées depuis par beaucoup d'autres tribunaux auraient pu entraîner définitivement la conviction des médecins. Et cependant, tous ne se rallient pas à cette

(1) Ollive et Le Meignen. *Traité médico-légal des accidents du Travail.* Paris, 1913.

deuxième thèse, tant s'e faut, puisque certanins auteurs ont cherché dans un moyen terme la solution de la difficulté.

Aux deux thèses extrêmes que nous venons d'envisager, s'en ajoute donc une troisième, celle des éclectiques. Les partisans de cette troisième thèse, s'appuyant toujours sur le caractère inorganique, sont d'avis de réduire *de moitié* le pourcentage dont l'intégralité correspondrait à une impotence équivalente provoquée par des lésions organiques. Cette méthode est celle à laquelle s'est rallié le Professeur Pitres à propos des solutions militaires des cas névropathiques, et qu'il a exposée en un rapport extrêmement documenté (1).

En somme, à quelle méthode convient-il de se rallier, et quelle conduite médico-légale semble la plus rationnelle en présence des névroses traumatiques consécutives à des accidents du travail ?

Tout d'abord, nous croyons qu'en pareille circonstance il importe d'établir avant tout *un diagnostic* aussi précis que possible, afin d'éliminer d'emblée la catégorie méprisable des simulateurs, et de dépister, chez les exagérateurs ou les persévérateurs, la part des troubles qui n'est pas imputable à l'accident. On sait combien, non pas les simulateurs vrais, mais les exagérateurs, les persévérateurs sont nombreux en accidents du travail, et à quel point le diagnostic de la simulation et de l'exagération est chose difficile, lorsqu'on veut le réaliser rapidement, au pied levé.

Cette difficulté est si réelle et parfois si grande, qu'il semble bien qu'elle ait, à elle seule, incité la plupart des médecins partisans de la méthode de la faible indemnisation dans tous les cas à préconiser cette méthode. Mais, ce n'est pas là une solution scientifique ; tourner l'obstacle ne doit pas être la manière du médecin-expert qui possède le moyen de le réduire ; ce moyen consiste dans l'ajournement de sa décision et à la subordination de cette décision à une observation du sinistré dans un service hospitalier entre les mains d'un médecin spécialiste. Le médecin expert ne doit pas hésiter à employer ce moyen qu'admettent et imposent les Tribunaux,

(1) Rapport du 5 nov. 1917 à la Commission consultative médicale.

lorsque l'hospitalisation est nettement justifiée parles faits (1).

A la suite de cette mesure, il est rare que le diagnostic ne se précise pas et que l'expert ne se trouve alors en possession des éléments d'une saine appréciation.

Le diagnostic une fois posé, l'expert doit s'efforcer de différencier les formes graves des formes bénignes :

Dans les premières, il est bien rare qu'aux troubles névropathiques ne viennent pas s'associer des lésions organiques plus ou moins accentuées, qui contribuent à assombrir le pronostic de leur évolution ultérieure. Or, comment dans des cas semblables, faire la part de ce qui est organique et de ce qui est ou paraît fonctionnel ; de ce qui est susceptible d'amélioration ou de guérison et de ce qui est définitif ? Tous les médecins ayant la pratique de semblables infirmités sont unanimes à déclarer qu'elles ne s'améliorent que rarement ; qu'elles s'aggravent au contraire peu à peu du fait de l'accentuation des lésions anatomiques.

Dans les formes graves de neurasthénie traumatique, avec retentissement sur les grands appareils et la nutrition générale, il est bien rare qu'on ne soit pas en présence de lésions antérieurement méconnues du système nerveux ou de l'appareil cardio-vasculaire.

De même, les paralysies, les hémiplégies, les grands symptômes nerveux ne tardent pas à s'accompagner d'amyotrophies, de contractures par altérations tendineuses, de déformations, de lésions squelettiques, de troubles trophiques et circulatoires, qui donnent aux infirmités le substratum anatomique qui leur manquait tout d'abord. L'incapacité résultant de ces états peut être très élevée ; dans la forme démentielle, dans les grandes paralysies, elle peut devenir absolue.

L'appréciation de cas semblables et l'évaluation de l'incapacité qu'ils déterminent ne peut prêter à discussion. A mesure qu'apparaissent et se développent les symptômes anatomiques, l'élément névropathique s'atténue au point de perdre toute valeur pratique et de devenir totalement négligeable. L'expert

(1) Tribunal de Briey, 16 mars 1903.

peut donc, sans arrière-pensée, *évaluer la gêne fonctionnelle intégrale*.

Les accidents légers sont, par contre, le fait d'une paralysie ou d'une contracture limitée, ou encore d'une neurasthénie peu marquée revêtant cette forme cataloguée « sinistrose » dans laquelle l'idée fixe de l'accident et de l'indemnité sont surtout en jeu. Il est entendu que le sujet présentant de semblables symptômes n'est pas un simulateur et qu'il convient d'estimer son incapacité. Mais cette évaluation relativement basse, puisqu'elle ne correspond qu'à un syndrome fonctionnel peu grave, n'est pas difficile à fixer. Il est bien rare qu'elle dépasse *5, 10, 15 0/0, chiffre que peut adopter en toute équité le médecin-expert*.

Mais les formes intermédiaires, dont l'évaluation atteint 30, 40, 50 0/0, sont plus troublantes pour l'expert qui veut à tout prix dissocier des symptômes un élément névropathique, et faire la part de cet élément dans son appréciation. Aussi, et surtout dans ces cas, une méthode transactionnelle apparaît-elle comme une solution tentante ; et c'est alors qu'il convient de se poser nettement la question suivante : appartient-il au médecin-expert d'abaisser toujours son évaluation dans une proportion déterminée, telle que de moitié, comme le conseillent certains auteurs ?

En admettant que cette méthode transactionnelle puisse se soutenir en évaluations militaires, il ne semble pas devoir en être de même en matière d'accidents du travail. En matière d'indemnisations militaires, cette façon de faire n'engagerait en effet que peu ou pas l'avenir, car la catégorie d'infirmes qui nous occupe doit toujours faire l'objet d'une réforme temporaire avec indemnisation annuelle. Les solutions médico-légales intéressant ces blessés, ces malades, revus régulièrement tous les ans et suivis pendant de nombreuses années, pourraient être modifiées, en cas d'aggravation, d'atténuation, voire même de guérison.

Les mêmes avantages ne sauraient se retrouver en matière d'indemnisation civile, car la loi de 1898, et c'est là son défaut primordial, a fixé à la révision de l'infirmité un délai maximum de trois années, délai particulièrement insuffisant

lorsqu'il s'agit de troubles névropathiques. Le système allemand qui consiste à reviser chaque période bisannuelle l'incapacité de l'ouvrier blessé est certainement plus équitable et trouverait sa justification presque uniquement dans la difficulté des solutions qui nous occupent.

D'ailleurs dans la loi française, la révision est laissée à la volonté des parties, et ce caractère facultatif n'est pas fait pour en simplifier l'exécution dans la pratique.

La décision du juge est donc souvent définitive en accidents du travail, et l'ouvrier infirme, au cas où son infirmité aurait été arbitrairement évaluée au-dessous de sa valeur par le médecin, peut demeurer définitivement privé de l'indemnisation qui lui est due par la loi.

Or, il faut bien le reconnaître, ce n'est pas le taux de l'incapacité qui est difficile à estimer pour le médecin, c'est la durée de cette incapacité, ainsi que son caractère définitif.

On ne peut, pour toutes les raisons que vous savez, prolonger indéfiniment la durée de l'incapacité temporaire et le médecin en est réduit à attribuer à uneinfirmitéun caractèrepermanent dont il n'est pas sûr. Toutes ses hésitations viennent de là.

Le médecin ne doit donner ses avis que dans la mesure de son champ d'expérience, dans la mesure des moyens dont il dispose en l'état actuel de la science Sinon, il risque de commettre des erreurs regrettables, qui pourraient dans certaines circonstances faire suspecter sa conscience professionnelle.

Il est vraisemblable que le législateur, en élaborant la loi de 1898, n'a pas songé aux névroses traumatiques.

Si la loi est, à ce point de vue, défectueuse, on ne saurait en faire grief au médecin, et si elle peut, dans certains cas, aboutir à un traitement injuste, pourquoi le médecin en endosserait-il la responsabilité?

Aussi, en l'état actuel de la législation, croyons-nous qu'en pareille matière le mieux pour le médecin-expert est de laisser au juge le soin d'apprécier en dernier ressort. Que le médecin se cantonne donc dans son rôle de conseiller technique, qu'il fournisse au juge les éléments que la science lui permet de donner, savoir un diagnostic aussi précis que possible, une constatation de l'incapacité, et son *appréciation intrinsèque*,

car il ne doit pas perdre de vue que la gravité est fonction de l'invalidité et que cette invalidité elle-même est indépendante de la cause qui la détermine. Ce qui revient à dire que le rôle du médecin consiste à décrire l'infirmité, à en spécifier les caractères, y compris, s'il y a lieu, le caractère névropathique total ou partiel, et à évaluer le pourcentage qui serait normalement admis si l'infirmité était considérée comme de nature exclusivement organique.

De plus, et le cas échéant, il insiste sur la possibilité d'une modification de l'infirmité dans les délais inférieurs aux délais de révision, et par suite sur la nécessité de revoir le blessé ou le malade à plus ou moins brève échéance. Nous savons que dans les établissements et usines de la guerre, le Ministre se réserve le droit, conformément à la Loi, de faire visiter l'ouvrier à telle époque qu'il jugera convenable (1). Jusqu'à concurrence du délai légal de trois ans, il sera donc toujours possible de suivre presque quotidiennement l'ouvrier invalide.

En agissant ainsi, le médecin ne sort pas de ses attributions et demeure sur son terrain : il constate les faits, les explique par des considérations anatomiques et physiologiques, en dissocie les origines dans la mesure de ses connaissances, mais il laisse au juge, alors en possession de tous les éléments de la cause, le soin d'apprécier définitivement et de fixer le taux de la rente, ainsi que le veut la loi.

Cette conduite prudente est celle que nous avons déjà admise en principe, lorsqu'il s'agit de maladies antérieures aggravées par un accident. Les névroses traumatiques, qui impliquent *à priori*, bien souvent, pour ne pas dire toujours, l'existence d'un terrain, d'une prédisposition, ne sortent pas de cette catégorie. Par conséquent, dans une matière aussi délicate et encore aussi obscure que les cas d'hystérie ou de névrose traumatiques consécutives à des accidents du travail, le médecin-expert agira sagement en ne se départissant pas de cette judicieuse réserve, adoptée par lui en présence d'infirmités impliquant un état antérieur.

(1) Instruction D du 17 juin 1905, art. 26, vol. 65[1] de l'Edition méthodique, p. 207.

HERNIES TRAUMATIQUES

Pour en finir avec cette question de l'état antérieur, un mot sur une dernière catégorie d'infirmités, celle-là très communnément observée en accidents du travail, et liée sans conteste à une prédisposition morbide.

Il s'agit des *hernies « dites de force »*. Il est universellement admis à l'heure présente, que la hernie reconnaît toujours une prédisposition anatomique. Pour cette variété d'infirmités, la jurisprudence (1), se rendant aux avis anatomiques des médecins, se montre moins intransigeante, que pour les autres infirmités dont la préexistence partielle est moins nette, et tient compte de l'état antérieur. Par une sorte de compromis passé entre juristes, médecins, ouvriers et patrons, et pour supprimer toutes discussions oiseuses et stériles, on évalue généralement d'un commun accord à un pourcentage fixé à un taux compris entre 10 et 15 0/0 l'incapacité résultant d'une hernie banale, sous condition, bien entendu, du caractère accidentel de l'aggravation.

ÉVALUATION DES MALADIES TRAUMATIQUES

Avant de terminer ce très rapide exposé de la question des évaluations, il convient d'envisager rapidement l'évaluation des maladies traumatiques.

Nous savons que les traumatismes accidentels peuvent créer ou aggraver des maladies et que l'on indemnise l'état d'incapacité résultant de ces maladies dites traumatiques, sous condition qu'elles satisfont au caractère accidentel exigé par la Loi. Mais nous savons aussi combien l'interprétation, et par suite l'évaluation de ces incapacités, qui ont pour point

(1) Arrêt de la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation, 1er mai 1911.

de départ des lésions ou des troubles viscéraux, est chose difficile.

Cette évaluation est essentiellement variable suivant chaque cas d'espèce. Les limites dans lesquelles doit, en la circonstance, se maintenir l'estimation du médecin, sont trop vastes pour qu'il soit possible de chercher à la fixer, et malheureusement aucune méthode analogue à celle que nous avons envisagée pour l'étude de la réduction des fonctions ouvrières des membres et des régions ne saurait lui être appliquée.

Parmi ces maladies, les plus fréquemment observées sont, en première ligne, la tuberculose, puis la syphilis, le cancer, le diabète, l'épilepsie, les maladies mentales, les affections du cœur et des vaisseaux, etc...

En présence de chacune de ces affections, la seule règle de conduite en vue de la juste évaluation de l'état d'incapacité qu'elles occasionnent, est la suivante : le médecin-expert ne doit pas perdre de vue la base essentielle de son appréciation, c'est-à-dire la gêne fonctionnelle occasionnée, et par suite l'incapacité de travail en général qui en résulte. Le tuberculeux, le cardiaque sont gênés dans l'accomplissement de leur besogne ouvrière, non par les lésions pulmonaires ou cardio-vasculaires elles-mêmes, mais par l'asthénie résultant de l'état de dénutrition, l'essoufflement, l'œdème, etc... qui constituent autant d'obstacles au travail.

Il est cependant certains cas où l'altération, voire même la suppression d'un organe paraît devoir équitablement donner droit à indemnisation, et cela sans troubles fonctionnels appréciables. Le type des cas de cette espèce est réalisé par la néphrectomie, suite d'accident. La néphrectomie, consécutive à un traumatisme chez un sujet dont les reins étaient antérieurement normaux, peut, en effet, tout au moins en apparence, ne donner lieu à aucune gène fonctionnelle, aucune incapacité de travail appréciable, en supposant bien entendu une cicatrisation parfaite de la plaie opératoire.

Quel sera donc, dans ce cas, la base médicale d'appréciation ?

Bien que certains, prétextant la suppléance, nient toute

incapacité en pareille circonstance, nous croyons exprimer l'avis de la presque unanimité des médecins, en admettant, dans ces cas de suppression d'organe, le principe d'une indemnisation et même d'une large indemnisation. Mais, sur quoi baser, médicalement, cette appréciation, puisque nous ne pouvons tabler sur aucune incapacité appréciable ? Et bien, si cette incapacité ne revêt pas un caractère matériel, apparent, elle existe néanmoins sous forme de diminution de capacité vitale, de capacité physiologique générale existant incontestablement chez tout mutilé de cette nature, même en apparence bien portant. Nous ne pouvons nier qu'un tel invalide est désormais amoindri dans sa valeur physiologique, dans sa résistance vitale et, par suite, dans sa capacité de travail en général, du fait de la suppression d'un organe de défense indispensable. De ce que cet amoindrissement de capacité physiologique n'est pas immédiatement constatable, on ne saurait soutenir qu'il n'existe pas en fait.

Par conséquent, il existe des incapacités physiologiques liées à des lésions inapparentes mais réelles. Ces incapacités peuvent, par suite, être elles-mêmes en apparence inappréciables : elles n'en sont pas moins médicalement, scientifiquement réelles et légitiment, à ce titre, une indemnisation.

Les solutions médico-légales qu'il convient de proposer en cas de maladies traumatiques ont été schématisées autant qu'il se peut, sur le *Guide-Barème des Invalidités* (1) mis à la disposition des médecins-experts régionaux, et les taux indiqués sur ce guide sont inspirés des chiffres moyens généralement adoptés par les médecins et les juristes des différents pays. Nous ne pouvons que vous engager à vous y reporter le cas échéant, et nous ne saurions vous donner aucune autre indication utile concernant les évaluations de ces maladies.

(1) *Guide-Barème des Invalidités*. Charles Lavauzelle, éditeur, Paris, 1915.

CONCLUSIONS

Dans un but pratique, la Commission Consultative Médicale met à la disposition des médecins-experts les barèmes préconisées par Rémy pour les incapacités ouvrières de *la main* parce que les mutilations de la main, de beaucoup les plus fréquentes chez les ouvriers, font l'objet des expertises médicales dans la proportion des 7 à 8 dixièmes, et que les évaluations en ont été particulièrement bien étudiées par cet auteur (1).

Les chiffres de Rémy paraissent faibles, lorsqu'on les compare à ceux des autres tableaux, inspirés le plus souvent des seuls arrêts de la jurisprudence. Mais précisément, il ne faut pas oublier que les évaluations de Rémy sont dégagées des éléments étrangers à la matière médicale, et ce sont ces éléments qui grossissent les autres pourcentages empruntés à la jurisprudence et pris comme points de comparaison.

Pour *certaines infirmités nettement déterminées* telles que : *Perte d'un membre, d'une main, du pouce, de l'index, perte d'un œil,* etc... des chiffres moyens sont maintenant admis sans discussions. Vous retrouverez sensiblement ces chiffres dans le Guide-Barème des invalidités (2) :

Perte du membre inférieur		70 0/0
Perte du pied		30 0/0
	membre actif	membre passif
Perte du membre supérieur	70 0/0	65 0/0
Perte de la main	60 0/0	50 0/0
Perte du pouce	20 0/0	15 0/0
Perte de l'index	15 0/0	12 0/0
Perte de l'œil	25 à 30 0/0	

etc....

(1) Ch. Rémy. L'évaluation des incapacités permanentes basée sur la physiologie des fonctions ouvrières. Vigot frères, 1906.

(2) *Guide-Barème des Invalidités.* Charles Lavauzelle, éditeur, Paris, 1915.

Le Guide-Barême, dans la rédaction duquel on s'est largement inspiré des formules rationnelles exprimant les incapacités en matière d'accidents du travail, peut également fournir aux Médecins-Experts d'excellents points de repères, lors de leurs évaluations des infirmités autres que celles de la main. Mais points de repère seulement, car ses chiffres, préparés pour les estimations militaires et exprimés seulement sous la forme de 10, 20, 30, etc... 0/0, ne correspondent que rarement aux évaluations ouvrières, auxquelles les pourcentages formulés en unités donnent infiniment plus de souplesse et de précision : nous avons vu, en étudiant les tableaux de Rémy, par quel mécanisme, le médecin, en partant de ces repères, peut arriver à une estimation juste et raisonnée de l'incapacité ouvrière physiologique.

En ce qui concerne les évaluations des incapacités résultant de *lésions oculaires*, il importe de ne pas perdre de vue que le seul élément d'appréciation est le degré de *réduction de l'acuité visuelle*. Cette réduction, ainsi que les lésions qui en sont l'origine, sont généralement indiquées par des médecins spécialistes. Au cas où cet examen spécial n'aurait pas été fait au préalable, il appartient aux experts non idoines en ophtalmologie de le réclamer. Pour fixer ensuite le pourcentage d'incapacité ils n'ont qu'à se reporter au tableau de Parinaud-Lagrange, à l'heure actuelle à peu près universellement adopté (page 95).

Il est bon de rappeler, à cette occasion, que dans l'appréciation du taux de l'incapacité résultant de la lésion d'un œil blessé, il est admis, dans la pratique, de tenir compte d'une diminution ou d'une perte de la vision de l'œil non blessé, par conséquent indépendantes de l'accident, lorsque l'acuité de cet œil est inférieure à 1/2.

Le tableau de Parinaud-Lagrange présente également, à notre avis, un point qu'il est intéressant d'éclaircir :

La perte de l'acuité visuelle d'un œil est évaluée sur ce tableau à 25 0/0. Or, ce chiffre est très souvent porté à 30 0/0

Echelle de Parinaud-Lagrange.

TABLEAU POUR LE CALCUL DES INDEMNITÉS CORRESPONDANTES A LA PERTE PARTIELLE OU TOTALE DE L'ACUITÉ VISUELLE PROFESSIONNELLE DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

Acuité	de 1 à 2/3	1/2 ou 5/10	1/3 ou 3/10	1/4 ou 2/10,5	1/5 ou 2/10	1/7 ou 1/10,5	1/10 ou 2/20	1/15	1/20	0
de 1 à 2/3	0	0	5	10	10	15	15	20	20	25 (2)
1/2 ou 5/10	0	5	10	10	15	20	25	25	30	35
1/3 ou 3/10	5	10	25	25	30	30	30	40	45	55
1/4 ou 2/10,5	10	10	25	40	40	45	50	55	60	65
1/5 ou 2/10	10	15	30	40	55	60	65	70	75	80
1/7 ou 1/10,5	15	20	30	45	60	70	75	80	85	90
1/10 ou 2/20	15	25	35	50	65	75	85	90	95	105 (1)
1/15	20	25	40	55	70	80	90	95	100	115 (1)
1/20	20	30	45	60	75	85	95	100	110 (1)	125 (1)
0	25 (2)	35	55	65	80	90	105 (1)	115 (1)	125 (1)	125 (1)

(1) Lorsque l'invalidité est évaluée à plus de 100, ramener le chiffre à 100 0/0 taux qui, en France, n'est pas dépassé.
(2) Le chiffre de 30 0/0 est également souvent adopté pour la perte complète d'un œil ou de la vision d'un œil.

par de nombreux experts et accepté par les tribunaux. Il y a donc entre ces deux chiffres extrêmes 25 et 30 0/0 un battement qui permet de juger différemment la même infirmité sans aucune justification médicale.

Dans le but de combler cette lacune, nous avons pris, à ce sujet, l'avis de M. le Professeur Agrégé Cabannes de la Faculté de Bordeaux et voici, d'après cet auteur, à quelles conclusions pratiques on peut arriver dans l'appréciation de la perte de la vision d'un œil :

Pour M. Cabannes, on peut, au point de vue pratique, considérer les trois cas suivants :

Avec une acuité visuelle variant de 1/10 à 1/20, un blessé peut exercer une petite profession, une profession de pré-aveugle.

Avec une acuité visuelle de 1/20 à 1/35 environ, un blessé ne peut plus travailler, mais il peut se conduire seul

Au-dessous de cette dernière limite et jusqu'à 0, c'est-à-dire la cécité absolue, le blessé peut être considéré comme incapable de se conduire, c'est-à-dire comme *pratiquement aveugle*.

Par conséquent, en ce qui concerne les évaluations, on peut adopter les taux du tableau de Parinaud-Lagrange, jusqu'à 1/20.

A partir de 1/20 et jusqu'à 1/35, on peut fixer 25 0/0.

De 1/35 à 0, on peut évaluer à 30 0/0, puisque, à partir de 1/35, le blessé est pratiquement un aveugle.

Cette façon de voir a l'avantage de donner une base physiologique aux taux de 25 et 30 0/0 souvent fixés au hasard ou d'après des considérations extra-médicales. Elle ne saurait, bien entendu, modifier en rien le principe de la cécité pratique admis en indemnisation militaire, cette cécité pratique étant fixée, comme l'on sait, à 0 ou inférieure à 1/20 pour un œil, et à 1/20 pour l'autre œil (1).

Au cours de cette rapide étude des évaluations des incapa-

(1) Circulaire ministérielle du 10 décembre 1916 sur la Cécité pratique.

cités consécutives à des accidents du travail, nous n'avons fait qu'effleurer la question des pourcentages en eux-mêmes. Nous nous sommes surtout étendus sur les règles qui doivent guider le médecin-expert dans leur application, sur le travail d'analyse et de déduction susceptible de le conduire à une estimation rationnelle, c'est-à-dire médicale. Cette méthode scientifique a pour résultat de mettre le médecin en garde contre la tentation d'emprunter au hasard, sans discernement et sans méthode, les chiffres de ses évaluations aux nombreux tableaux d'invalidités publiés sur ce sujet. Nous savons combien les chiffres de ces tables sont variables, souvent déconcertants pour l'expert médical que frappe leur extrême variété, et nous en connaissons la raison : la plupart de ceux qui ont dressé ces tableaux ont simplement adopté les chiffres admis par la jurisprudence et imposés par l'usage ; ils ont rarement cherché à leur donner pour base des *considérations strictement médicales*.

Et cependant, sans cette base scientifique, il n'y aura jamais d'entente entre les nombreux médecins-experts appelés sur tous les points du territoire à apprécier les incapacités ouvrières. Et, sans entente, sans unité de doctrine, les expertises médicales prêteront toujours à critique ; leurs conclusions essentiellement flottantes ne revêtiront jamais le caractère d'équité qui les rend inattaquables et honore leurs auteurs.

Mais, pour atteindre ce but, il faut remonter un véritable courant, il faut que le médecin fasse souvent table rase des habitudes prises, des préjugés, des coutumes locales, des contingences de toute nature qui l'incitent, en indemnisations ouvrières, *à se substituer plus ou moins complètement au magistrat.*

Comme médecin, il ne peut et ne doit connaître que les choses médicales ; s'il sort de son rôle strict de clinicien, s'il veut à tout prix tenir compte dans ses évaluations des facteurs qui lui sont étrangers, en premier lieu, de la profession, il commet forcément à son insu des erreurs parfois grossières. et compromet ainsi son autorité. Bien plus, il s'expose à voir

mettre en doute sa bonne foi et sa conscience professionnelles, car les blessés ne s'expliquent pas les motifs d'une évaluation médicale différente pour une même infirmité.

Il importe donc avant tout que les estimations médicales soient empreintes de la plus stricte équité. A ce prix seulement, le praticien conserve comme expert la confiance que le blessé lui a accordé comme médecin traitant. Cette confiance du blessé, travailleur de l'usine ou mutilé de la guerre, est indispensable au bon renom du corps médical tout entier.

ADDENDUM (1)

MODES D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DONT SONT VICTIMES LES OUVRIERS DES ÉTABLISSEMENTS TRAVAILLANT POUR LA DÉFENSE NATIONALE D'APRÈS LES LOIS, DÉCRETS ET RÈGLEMENTS ACTUELLEMENT EN VIGUEUR.

I. — OUVRIERS D'ÉTAT (GRADÉS MILITAIRES DE CARRIÈRE).	***Loi de 1831***

II. — NON MILITAIRES DE CARRIÈRE.

A. EN SERVICE AVANT LE 1er AOUT 1914.

1. Ouvriers embauchés par l'Administration de la Guerre dans les arsenaux, ateliers, magasins administratifs, chantiers de travaux, en régie, etc.	***Loi de 1898*** (Instruction D, vol. 65[1], p. 194).
2. Journaliers, auxiliaires commissionnés.	***Loi de 1898*** (Inst. D). Anciennement sous le Régime du décret du 26 février 1897.
3. Ouvriers de profession, garçons de laboratoires des Ecoles militaires.	***Loi de 1898*** (à l'exclusion des commis, plantons, garçons de salle qui sont régis par le Droit commun (Instruction D).

(1) XV[e] circulaire mensuelle de la Commission Consultative Médicale (1[er] mai 1918). Tableau dressé par M. l'officier d'administration Prieur.

4. Ouvriers immatriculés salariés des manufactures d'armes.	***Loi de 1831*** Assimilés aux militaires. (Lois du 15 juillet 1885, 26 juin 1892. Instruction D, art. 1er, Loi de 1898, art. 32).

B. En service depuis le 1er aout 1914.

1. Dégages de toutes obligations militaires (civils).	***Lois de 1898, du 9 juin 1853*** avec faculté d'option entre les deux régimes (Instruction D, vol. 65[1], p. 194, Avis Cons. d'Etat, 20 février, 26 mars 1902).
2. Mobilisés aux usines en qualité de militaires et touchant LA SOLDE DE LEUR GRADE *(augmentée ou non d'une prime d'encouragement) mais non le salaire de leur profession.*	***Loi de 1831***
3. Mobilisés SALARIÉS *ne touchant pas, tant qu'ils travaillent, de solde militaire ; redevenant militaires du jour où, du fait d'une maladie, ils cessent de recevoir leur salaire (Circ. 21 sept. 1916, B. O. P. S. P., p. 793).*	***Loi de 1898*** s'il y a origine dans le travail. (Circ. du 24 novembre 1915, *B. O. P. S. P.*, p. 563). ***Loi de 1831*** si l'origine directe ou indirecte peut être rattachée à des faits militaires antérieurs à leur affectation à l'usine. Ont droit à l'hospitalisation dans les établissements militaires, sauf recours de l'Etat

contre l'employeur en cas de blessure ou maladie résultant d'un accident du travail (Circ. 28 nov. 1916, n. 331, Ci/7).

4. Ouvriers d'usines envoyés en détachements agricoles.

Loi de 1831
(Circ. 4 décembre 1917. *B. O.* 17 décembre, p. 3451.

5. Militaires permissionnaires s'embauchant de leur plein gré dans une usine de guerre.

Loi de 1898
(Circ. 30 mars 1917, n. 8553 K. *B. O.*, 9 avr.).

6. Militaires en convalescence s'embauchant de leur plein gré dans un établissement particulier.

Loi de 1898
(Contrat de travail ordinaire).

7. Militaires renvoyés dans leurs foyers en attendant la liquidation de leur pension et s'embauchant directement dans un établissement.

Loi de 1898
(Contrat de travail ordinaire).

8. Militaires en traitement dans les Hôpitaux militaires, embauchés à raison de quelques heures par jour :

a) *en dehors de toute intervention de l'autorité militaire, moyennant un salaire librement débattu avec l'entrepreneur ;*

Loi de 1898
(Contrat de travail ordinaire).

b) *Embauchés par l'intermédiaire de l'autorité militaire qui se sera chargée de répartir la main-d'œuvre.*

Appréciation de fait des Tribunaux.

9. Militaires travaillant dans les ateliers de RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE *organisés par des œuvres privées :*

a) *Si l'établissement produit pour vendre avec bénéfice, même s'il n'y a pas de bénéfice réel, ou si le bénéfice est destiné à une œuvre charitable ;*

Loi de 1898
Même si le soldat ne touche pas de salaire ; dans ce cas il est traité comme un apprenti (art. 8, Loi de 1898).

b) *Si l'établissement ne produit pas pour vendre avec bénéfice.*	***Droit commun*** (Art. 1382, C. civ.).
10. Dames employées par les Corps de Troupes.	***Loi de 1898*** (Instruction du 1er décembre 1916. Vol. vert n. 4, p. 567).
11. Dames employées par les maîtres ouvriers de régiments dans les travaux que ceux-ci peuvent effectuer pour des particuliers, en dehors de tout service normal.	***Loi de 1898*** Les maîtres ouvriers étant de véritables patrons (chefs d'entreprise). — Cour d'Aix, 4 mars 1900. — Cassation, 21 janvier 1911.
12. Hommes munis de fascicules S. I. au titre de l'exploitation militaire des voies navigables et des ports maritimes (en sursis d'appel).	***Loi de 1898*** (Circ. 3.401 1/11, 22 janvier 1918).

III. — Travailleurs coloniaux.

Malgaches; Indo-Chinois (Engagement militaire avec solde). *Nord-Africains; Chinois* (Civils)	***Loi de 1831*** Art. 10. Règlement du 12 février 1898. — Art. 126. Instr. 330, Ci/7. Rapatriement obligatoire. — (Art. 128, Circ. 330, Ci/7 applicable seulement aux Nord-Africains et aux Chinois).

IV. — Prisonniers de guerre.

A. *Français en Allemagne travaillant dans une usine ennemie.*	***Loi de 1831*** à la condition que l'intéressé prouve que son infirmité a été contractée dans un service exécuté par ordre de l'ennemi (*J. O.*, 11 novembre 1917. Question 18.544, p. 9023).

B. Français en Suisse.

Bénéficient des Lois Suisses sur les accidents du travail. Rép. 22116 (*J. O.*, 13 juin 1918, p. 5118).

C. Allemands ou Austro-Hongrois en France *travaillant dans une entreprise particulière.*

Etant restés étrangers au contrat de travail, ils ne sont pas justiciables de la Loi de 1898. Les accidents sont dans ce cas à la charge du service de Santé, sauf recours contre l'entrepreneur en cas de faute lourde de celui-ci. Circ. 15 août 1917, n. 570, Ci/7.

Pour la constatation officielle en vue d'assurer la réciprocité aux prisonniers français en Allemagne, voir la circ. du 30 juillet 1918, n° 48.666. P. G. 3.

V. Ouvriers victimes du feu de l'ennemi.

A) Civils *travaillant chez les entrepreneurs particuliers et blessés au cours de leur travail.*

§ 1. — Dans les établissements fonctionnant normalement comme avant la guerre (1).

Loi de 1898

(Arrêt C. Cass. 18 avril 1918.)

Jusqu'en 1918 la jurisprudence se prononçait contre le risque professionnel. Elle

(1) Depuis l'arrêt de la Cour de Cassation du 18 avril 1918 qui a cassé l'arrêt de la Cour d'Amiens, du 6 avril 1916, tous les ouvriers civils victimes du feu de l'ennemi à l'heure et au lieu du travail bénéficient de la loi de 1898 quels que soient les établissements qui les occupent.

voyait là un risque extraordinaire ne pouvant pas faire jouer la présomption de responsabilité du patron, et n'étant pas couvert par la Loi de 1898 (Cour d'Amiens, 6 avril 1916). Les ouvriers atteints dans ces conditions étaient considérés comme victimes civils de la guerre (Loi du 23 avril 1916).

§ 2. — Dans les établissements travaillant près du champ de bataille ou provoquant par le genre spécial d'industrie, les coups de l'ennemi.

Loi de 1898

(argumentation tirée de l'arrêt de la Ch. des Requêtes du 30 avril 1912 (1) et de l'attitude prise par le Ministère de la Guerre qui, dans certains cas, accorde aux ouvriers qu'il emploie les indemnités de la législation sur les accidents du travail).

B) Militaires mobilisés *dans les usines privées.*

N'étant pas civils, ils ne sauraient être considérés comme des *victimes civiles de la guerre;* il faut distinguer deux cas :

a) Si l'accident est survenu au lieu et à l'heure du travail (arrêt de la Cour de Cassation du 18 avril 1918):

(1) Quand le travail a contribué à mettre des forces naturelles en mouvement ou à en aggraver les effets. D. P. 1912, 5. 32.

Loi de 1898.

b) Sinon, ***Loi de 1831*** (car, en dehors des accidents du travail, le mobilisé dans les usines redevient militaire).

(Circ. 21 septembre 1917 B. O. P. S. P., p. 793).

Loi du 10 août 1917, art. 10.

VI. — Ouvriers civils requis par l'autorité militaire.

Loi du 29 avril 1916

(*Considérés comme des victimes civiles de la guerre*. Auparavant, le Conseil d'Etat les admettait au bénéfice de la Loi de 1831.)

VII. — Infirmières militaires

Loi de 1898

(Circulaire ministérielle du 15 août 1917, n. 568, C/17, art. 31).

TABLE ALPHABÉTIQUE

	Pages
Accident (*définition*)	12
Addendum	99
Admission (registre médical d')	43
Admission (visite d')	43
Age	73
Aggravation	14
Article 1er de la loi de 1898 (*extrait*)	11
Article 3 de la loi de 1898 (*extrait*)	16
Article 11 de la loi de 1898 (*extrait*)	18
Article 12 de la loi de 1898 (*extrait*)	19
Article 15 de la loi de 1898 (*extrait*)	20
Article 17 de la loi de 1898 (*extrait*)	23
Article 19 de la loi de 1898 (*in extenso*)	21
Article 3 de l'instruction D (*in extenso*)	28
Article 4 de l'instruction D (*extrait*)	28
Article 7 de l'instruction D (*extrait*)	47
Article 13 de l'instruction D (*in extenso*)	31-33-38-39
Article 14 de l'instruction D (*in extenso*)	46
Article 17 de l'instruction D (*in extenso*)	47
Article 24 de l'instruction D (*in extenso*)	45
Article 25 de l'instruction D (*in extenso*)	45
Article 26 de l'instruction D (*in extenso*)	45
Article 16 de l'instruction C (*extrait*)	30
Atténuation	21-22
Auxiliaires	99

	Pages
Capacité ouvrière (analyse de la)	54
Certificat de constat	18-23
— d'origine	27-28
— de consolidation	20-21-23
— d'aggravation ou d'atténuation	21-23
Certificat de visite	31
— de contre-visite	32
Classification des professions de Brouardel	61
Classification des professions de Becker	62
Commissionnés	99
Compensation physiologique	75
Composition des dossiers d'accidents du travail	46
Contrôle (pièce de)	26
Dames employées	102
Délai de consolidation	33
Décret du 13 février 1906 (sa base)	9
Description des infirmités	33
Diagnostic (erreur de)	36
Diagnostic des névroses traumatiques	84
Difficultés des évaluations	50
Dossiers d'accidents du travail (composition des)	46
Droit au bénéfice de la loi de 1831	9
Droit au bénéfice de la loi de 1898	11
Elément d'incapacité physiologique	54
Elément d'incapacité professionnel	54
Eléments (autres)	63
Embauchage (voir fiche d')	79

	Pages
Estimation de pourcentage d'incapacité	38
Etablissement des certificats	26
Etat antérieur	77
Etude comparative des lois de 1831 et de 1898	8
Expertise (rapport d')	23
Evaluation (caractères et conditions de l') *en matières de pensions et de gratifications militaires*	50
Evaluation (caractères et conditions de l') *en matière d'accidents du travail*	51
Fiche d'embauchage	79
Garçon de Laboratoire	99
Guide-barème des invalidités	91
Hernie	89
Hystérie	82
Hommes en sursis d'appel	102
Incapacité temporaire	17
Incapacité permanente	17
Infirmières militaires (Accidents du travail et maladies en service, des ..., *législation actuelle*)	5
Infirmières militaires (Accidents du travail et maladies en service, des ..., *projet de législation nouvelle*)	5
Infirmités accidentelles	12
Infirmités multiples (voir multiplicité des lésions)	74
Instruction D du 17 juin 1905	25
Interruption du travail	15
Intervention extérieure	22
Journaliers	99
Lésions oculaires	94
Lieu (rapport de)	15

	Pages
Loi de 1898	10
Loi de 1831	9
Loi sur les pensions des ouvriers blessés ou malades (projet de)	4
Loi du 25 novembre 1916	80
Maladies traumatiques (*définition*)	14
Maladies traumatiques (évaluation des)	89
Maladies professionnelles (*définition*)	12
Militaires en traitement dans les hôpitaux	101
Militaires en instance de liquidation de pension	101
Militaires en convalescence	101
Militaires permissionnaires	101
Militaires travaillant dans les ateliers de rééducation professionnelle	101
Mobilisés salariés	100
Mobilisés dans les usines privées	100
Multiplicité des lésions	74
Nephrectomie	90
Neurasthénie	82
Névroses traumatiques	82
Origine	12
Ouvriers civils requis	105
— d'Etat	99
— des arsenaux	99
— de profession	99
— dégagés de toute obligation militaire	100
Ouvriers d'usines en détachement agricole	101
Ouvriers immatriculés	100
— mobilisés	100
— victimes du feu de l'ennemi	103

	Pages
Pathologie des fonctions ouvrières en général .	69
Physiologie des fonctions ouvrières en général .	66
Prisonniers de guerre. .	102
Rapport d'expertise (voir *expertise*)	23
Rédaction des certificats.	26
Registre médical d'admission (voir *admission*) .	43
Révision de l'indemnité .	44
Rôle du Comité technique de santé ou de la Commission consultative médicale en expertises d'accidents du travail .	6
Salaire (réduction de). .	10
Suppléance physiologique	75
Tableaux des mouvements ou fonctions utiles au travail (d'après Rémy).	67
Tableaux des évaluations des incapacités du membre supérieur (d'après Rémy)	70
Tableaux des questions à se poser pour un cas d'évaluation d'ankylose du pouce	71
Tableau de Parinaud-Lagrange	95
Temps (rapport de) . .	15
Travail en général. . .	54
Travail professionnel . .	54
Travailleurs coloniaux .	102
Visite d'admission (voir *admission*)	43

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Préface i

Introduction. iii

1re Conférence

Exposé de la question en général 3

Etude comparative de la Loi de 1898 avec la Loi sur les pensions militaires et les Décrets sur les gratifications de réforme 9

Conditions requises pour le droit au bénéfice de la Loi de 1898 11

Origine 12

Interruption du travail 15

2e Conférence

Application de la Loi de 1898 aux ouvriers des usines et établissements de la guerre 25

Etude des certificats de médecin 26

Certificats d'origine 28

Certificats de visite et de contre-visite 31

Description des infirmités. 33

Appréciation du degré de gêne fonctionnelle et estimation du pourcentage d'incapacité de travail 38

Révision de l'indemnité 44

3e Conférence

Etude de l'évaluation des incapacités 49

Difficultés des évaluations. 50

Evaluation en matière de pensions et de gratifications militaires 50

Evaluation en matière d'accidents du travail 51
Analyse de la capacité ouvrière 54
Eléments physiologiques 54
Eléments professionnels 54
Autres éléments 63
Solution du problème. 66
Physiologie des fonctions ouvrières en général 66
Pathologie des fonctions ouvrières en général 69
Age 73
Multiplicité des lésions 73

4e Conférence

Etat antérieur 77
Loi du 25 novembre 1916. 80
Névroses traumatiques 82
Hernies traumatiques 89
Evaluations des maladies traumatiques. 89
Conclusions 93
Addendum 99

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

La librairie Masson et Cie ayant acquis le fonds de la maison G. Steinheil, on trouvera, incorporés dans cet extrait de catalogue, les principaux ouvrages édités par M. G. Steinheil.

Vient de paraître :

F. JAUGEAS
Assistant de radiothérapie à l'Hôpital Saint-Antoine.

Précis de Radiodiagnostic

Technique et Clinique

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

Un vol. de 550 pages, 220 figures et 63 planches hors texte. . **20** fr.
L'ouvrage se vend relié au prix de **24** fr.

Cette édition n'est pas seulement *considérablement augmentée*; elle tient compte de la grande expérience de la guerre qui a affermi et étendu le domaine de la radiographie; elle comprend des remaniements importants.

Majoration syndicale temporaire de 10 0/0 sur tous les prix de ce catalogue.

Viennent de paraître :

Dr Pierre DUVAL

Plaies de guerre du poumon

Notes sur leur traitement chirurgical dans la zone des armées

1 vol. in-8, de 144 pages avec figures dans le texte, et pl. en noir et en couleurs . . . . 8 fr.

Ce livre est l'exposé d'une doctrine nouvelle s'appliquant au traitement chirurgical des plaies du poumon suivant les règles générales de la chirurgie des plaies de guerre. — Des planches en noir et en couleurs mettent en lumière les enseignements du livre.

J. FIOLLE et J. DELMAS

Chirurgiens à l'Automobile chirurgicale 21.

Découverte des Vaisseaux profonds

par des voies d'accès larges

Avec Préface de M. Pierre DUVAL

1 vol. in-8, de 128 pages et figures originales de M. H. Beaufour. Prix . . . . 5 fr.

Les procédés que Delmas et Fiolle décrivent, sont, par l'exposition large des vaisseaux profonds, à la base de toute la chirurgie vasculaire actuelle. 34 planches inédites, dues à un artiste, M. H. Beaufour, illustrent cet ouvrage et sont une démonstration lumineuse et élégante de leur technique nouvelle.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Viennent de paraître :

Félix LAGRANGE

Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Directeur du Service central d'ophtalmologie de la 18e région.

Atlas d'Ophtalmoscopie de guerre

TEXTE FRANÇAIS ET ANGLAIS

Un vol. gr. in-8 de LV-*188 pages et 100 planches dont 20 en trichromie, cartonné* . . . . **35 fr.**

Henri HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale.

Les Plaies de guerre et leurs complications immédiates

LEÇONS FAITES A L'HOTEL-DIEU

Un volume gr. in-8 de 200 pages avec 58 figures . . . . **8 fr.**

Dr A. MARTIN

de l'Ambulance de l'Océan, *La Panne.*

La Prothèse du Membre Inférieur

Préface du Pr DEPAGE

Un vol. de 112 pages avec figures dans le texte. . . . . **5 fr.**

Paul ALQUIER
Ancien interne des Hôpitaux
de Paris.

J. TANTON
Médecin principal,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

L'Appareillage dans les Fractures de Guerre

1 vol. in-8 de 250 pages, avec 182 figures . . . . **7 fr. 50**

Dr ARCELIN
Chef de service de Radiologie à l'Hôpital Saint-Joseph
et à l'Hôpital Saint-Luc.

L'Exploration radiologique des Voies Urinaires

1 vol. gr. in-8 de 175 pages avec figures et 6 planches hors texte. **6 fr.**

F. BARJON
Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Radiodiagnostic des Affections Pleuro-pulmonaires

1 vol. gr. in-8 de 192 pages avec figures et 26 planches . . . . **6 fr.**

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Vient de paraître :

J. TINEL

Ancien chef de Clinique et de Laboratoire de la Salpêtrière,
Chef du Centre Neurologique de la IVe Région.

Les Blessures des Nerfs

Sémiologie des Lésions nerveuses périphériques par Blessures de Guerre

Avec Préface du Professeur J. DEJERINE

1 vol. gr. in-8, de 320 *p. avec environ* 350 *fig. originales.* **12 fr. 50**

Dr Francis HECKEL

La Névrose d'Angoisse

et les

États d'émotivité anxieuse

CLINIQUE — PATHOGÉNIE — TRAITEMENT

1 vol. gr. in-8 de 535 *pages* . . . . 9 fr.

Drs DEVAUX et LOGRE

Les Anxieux

ÉTUDE CLINIQUE

Avec Préface du Dr DUPRÉ

1 vol. in-8 de 256 *pages.* . . . . **4 fr. 50**

BALTHAZARD, CESTAN, CLAUDE,
MACAIGNE, NICOLAS, VERGER

Professeurs agrégés des Facultés de Médecine.

Avec préface du Professeur BOUCHARD.

Précis de Pathologie interne

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

TOME I. — **Maladies infectieuses** (Nicolas). — **Intoxication** (Balthazard), 896 *pages*, 55 *figures*.

TOME II. — **Nutrition, Sang** (Balthazard). — **Cœur, Poumons** (Macaigne), 830 *pages*, 37 *figures*.

TOME III. — **Tube digestif, Péritoine, Pancréas** (Balthazard). — **Foie, Reins, Capsules surrénales** (Claude), 980 *pages*, 18 *figures*.

TOME IV. — **Système nerveux** (Cestan et Verger), 918 *pages*, 93 *figures*.

Prix de l'ouvrage complet en 4 volumes in-8, cartonnés. . . . **40** fr.

BÉRIEL

Chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon.

Éléments d'Anatomie pathologique

Un volume in-8 carré de 564 pages, 232 figures, cartonné . . **10** fr.

H. GUILLEMINOT

Chef des travaux pratiques de physique biologique.

Manipulations de Physique biologique

Un volume in-16 de 272 pages, 242 figures, cartonné . . . . 4 fr. **50**

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

(VOLUMES IN-8, CARTONNÉS TOILE ANGLAISE SOUPLE)

Paraîtront en avril 1918 :

L. BARD
Professeur de clinique médicale à l'Université de Genève.

Précis des Examens de laboratoire employés en clinique

3e édition. *Sous presse*

J. DARIER
Médecin de l'hôpital Broca.

Précis de Dermatologie

2e édition. *Sous presse.*

Précis de Pathologie chirurgicale

PAR MM.

P. BÉGOUIN, H. BOURGEOIS, P. DUVAL, GOSSET, E. JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER

Professeurs aux Facultés de Paris, Bordeaux, Lyon et Montpellier.

TOME I. — Pathologie chir. générale, Tissus, Crâne et Rachis. — 2e *édition*, 1110 *pages*, 385 *figures* . . . . . **10** fr.

TOME II. — Tête, Cou, Thorax. — 2e *édition*, 1068 *pages*, 320 *figures* . . . . **10** fr.

TOME III. — Glandes mammaires, Abdomen, Appareil génital de l'homme. — 2e *édit.*, 881 *pages*, 352 *figures*. **10** fr.

TOME IV. — Organes génito-urinaires (*suite*), Affections des Membres. — 2e *édition*, 1200 *pages*, 429 *figures*. . **10** fr.

Aug. BROCA
Professeur d'opérations et appareils à la Faculté de Médecine de Paris.

Précis de Médecine Opératoire

510 *figures dans le texte* . . . . **9** fr.

P. POIRIER
Professeur d'anatomie à la Faculté.

Amédée BAUMGARTNER
Ancien prosecteur

Dissection

3e édition, 360 pages, 241 figures . . . . **8 fr.**

H. ROUVIÈRE
Chef des travaux anatomiques et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Anatomie et Dissection

TOME I. — Tête, Cou, Membre supérieur. **12 fr.**
TOME II. — Thorax, Abdomen, Bassin, M. inférieur. **12 fr.**

G.-H. ROGER
Professeur à la Faculté de Paris.

Introduction à l'Etude de la Médecine

5e édit., 795 p. avec un Index explicatif des termes les plus usités. **10 fr.**

J. COURMONT
Professeur à la Faculté de Lyon.

AVEC LA COLLABORATION DE
Ch. LESIEUR et A. ROCHAIX

Hygiène

810 pages, 227 figures en noir et en couleurs . . . . **12 fr.**

Ét. MARTIN
Professeur à la Faculté de Lyon.

Déontologie et Médecine professionnelle

Un volume de 316 pages . . . . **5 fr.**

G. WEISS
Professeur à la Faculté de Paris.

Physique biologique

3e édition, 566 pages, 575 figures . . . . **7 fr.**

M. LETULLE
Professeur à la Faculté de Paris.

L. NATTAN-LARRIER
Ancien chef de Laboratoire à la Faculté.

Anatomie Pathologique

TOME I. — *Histologie générale. App. circulatoire, respiratoire.*
940 pages, 248 figures originales. . . . . **16 fr.**

Maurice ARTHUS
Professeur à l'Université de Lausanne.

Physiologie

5e édition, 930 *pages*, 320 *figures* . . . . **12 fr.**

M. ARTHUS

Chimie physiologique

8e édition, 430 *pages*, 130 *figures*, 5 *planches en couleurs* . . . **8 fr.**

E. BRUMPT
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Parasitologie

2e édition, 1011 *pages*, 698 *figures et* 4 *planches en couleurs*. **14 fr.**

M. LANGERON
Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

Microscopie

2e édition, 820 *pages*, 292 *figures* . . . . **12 fr.**

A. RICHAUD
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique et Pharmacologie

3e édition, 1000 *pages* . . . . **12 fr.**

P. NOBÉCOURT
Agrégé à la Faculté de Paris.

Médecine infantile

2e édition, 932 *pages*, 136 *figures*, 2 *planches*. . . . . **14 fr.**

KIRMISSON
Professeur à la Faculté de Paris.

Chirurgie infantile

2e édition, 796 *pages*, 475 *figures*. . . . . **12 fr.**

V. MORAX
Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.

Ophtalmologie

2e édition, 768 *pages*, 427 *figures* . . . . **14 fr.**

E. JEANSELME Professeur agrégé. **E. RIST** Médecin des hôpitaux.

Pathologie exotique

809 *pages*, 160 *figures* . . . . **12 fr.**

Nouvelles éditions en préparation :

Microbiologie clinique, par F. BEZANÇON. — *Biochimie*, par E. LAMBLING. — *Médecine légale*, par LACASSAGNE. — *Diagnostic médical*, par P. SPILLMANN, P. HAUSHALTER, L. SPILLMANN.

Viennent de paraître :

Schémas pour la Localisation des Lésions cérébrales

Par *Mme* **J. DEJERINE** et **J. JUMENTIÉ**

Une fiche 38 × 62 *deux couleurs*, 5 *dessins d'après nature.*

La fiche . . . **0 fr. 30** | Les 100 fiches . . . **25 fr.**

Schémas d'Observations Cliniques Médicales et Chirurgicales. — Par J. DEJERINE

Sept fiches anatomiques 31×36

La fiche. **0 fr. 10** | 50 fiches assorties. **4 fr. 50** | 100 fiches. **8 fr.**

Schéma pour la Localisation des Lésions du Plexus Brachial. — Par Henry MEIGE

1 *fiche format* 24×33. La douzaine . . . . **1 fr.**

Schéma pour la Localisation des Lésions crâniennes

Par *Prof.* **Pierre MARIE, FOIX et BERTRAND**

1 *fiche (papier calque)*, *format* 26×21. La douzaine . . . . . . **1 fr.**

Vient de paraître :

G. ROUSSY
Professeur agrégé, Chef des Travaux d'Anatomie pathologique à la Faculté de Paris.

I. BERTRAND
Externe des Hôpitaux de Paris, Moniteur des Travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Travaux pratiques d'Anatomie Pathologique

EN QUATORZE SÉANCES

— **Préface du Professeur Pierre MARIE** —

1 *vol. in-8 de* VI-224 *pages, avec* 106 *planches, relié* . . . . . . **6 fr.**

Ce volume présente sous forme d'atlas, avec texte détaillé en regard des figures, toutes les coupes étudiées dans les séances de travaux pratiques par les étudiants. Ce petit précis sera également utile aux spécialistes à qui il rappellera sous une forme concise les principaux types d'histologie pathologique microscopique.

Gustave ROUSSY
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Jean LHERMITTE
Ancien chef de laboratoire à la Faculté

Les Techniques anatomo-pathologiques du Système nerveux

1 *vol. petit in-8, de* XVI-255 *pages, avec figures, cartonné toile.* **5 fr.**

H. BULLIARD
Préparateur d'histologie à la Faculté

Ch. CHAMPY
Prof. agrégé à la Faculté de Paris.

Abrégé d'Histologie

Vingt leçons avec notions de technique

Préface du Professeur **A. PRENANT**

1 *vol. in-8, de* 300 *pages,* 158 *figures et* 4 *planches en couleur, cartonné toile* . . . . **6 fr**

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

J. DEJERINE
Professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de Médecine

Sémiologie des Affections du Système nerveux

1 *fort vol. grand in-8 de* 1212 *pages, avec* 560 *figures en noir et en couleurs et* 3 *planches hors texte en couleurs. Relié toile* . . . **40 fr.**
Relié en 2 volumes . . . . **44 fr.**

La Pratique Neurologique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE PIERRE MARIE
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière

PAR MM.

O. CROUZON, G. DELAMARE, E. DESNOS, G. GUILLAIN, E. HUET, LANNOIS, A. LÉRI, F. MOUTIER, POULARD, ROUSSY

1 *vol. gr. in-8, de* 1408 *pages, avec* 302 *fig. Relié toile* . . . . **30 fr.**

P. RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie

TROISIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 *vol. in-8 écu de* 828 *pages, avec* 580 *figures dans le texte* . . **10 fr.**

Gaston LYON
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique

Neuvième édition augmentée. Un fort volume gr. in-8 de 1791 pages, relié . . . . **28** fr.

G. LYON
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

P. LOISEAU
Ancien préparateur à l'École de Pharmacie

Formulaire Thérapeutique

Dixième édition, entièrement revue et augmentée en 1916

1 *volume in-18 sur papier indien* très mince, *relié maroquin*. **9** fr.

Traité de Diagnostic médical

par **EICHHORST**

Traduction et annotation de la 3e édition par

A.-B. MARFAN Professeur à la Faculté et *Léon BERNARD* Agrégé à la Faculté.

4e édition française, revue par les Drs Marcel Pinard et Rivet.

Un volume gr. in-8 de 856 *pages*, 294 *figures et* 4 *planches*. . **22** fr.

L'Art pratique de formuler

à l'usage des Étudiants et des eunes Praticiens

ar **LEMANSKI**

4e édition, 334 *pages, cartonné* . . . . **5** fr.

G.-M. DEBOVE
Doyen honoraire de la Faculté.

G. POUCHET
Prof. de Pharmacologie à la Faculté de Médecine.

A. SALLARD
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Aide-Mémoire de Thérapeutique

2e édition. 1 *vol. in-8 de* 912 *pages, relié toile.* . . . . **18 fr.**

Ch. ACHARD
Professeur à la Faculté.

G.-M. DEBOVE
Doyen de la Fac. de Paris.

J. CASTAIGNE
Professeur ag. à la Faculté.

Manuel des Maladies du Tube digestif

Tome I : *BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC*
par **G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX**

1 *vol. grand in-8, de* 725 *pages, avec figures dans le texte* . . **14 fr.**

Tome II : *INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES, PANCRÉAS*

par **M. L[illegible], [illegible]NET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON, L. BOIDIN** et **F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8, de* 810 *p., avec* 116 *figures dans le texte* . . **14 fr.**

Manuel des Maladies de la Nutrition et Intoxications

par **L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, Abel GY, F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8,* 1082 *p., avec* 118 *fig. dans le texte* . . . **20 fr.**

Ouvrages du Docteur MARTINET

Thérapeutique Usuelle des
Maladies de l'Appareil respiratoire
1 vol. in-8 de IV-295 *pages, avec fig., broché.* . . . . **3 fr 50**

Clinique et Thérapeutique circulatoire
1 vol. in-8 de 584 *pages, avec* 222 *fig. dans le texte.* . . . . . . **12 fr.**

Pressions artérielles et Viscosité sanguine
1 vol. in-8 de 273 *pages, avec* 102 *fig. en noir et en couleurs* . . **7 fr.**

Éléments de Biométrie
1 v. gr. in-8 de 192 *pages,* 72 *fig., nombreux tableaux dans le texte.* **4 fr.**

Les Médicaments usuels
1 vol. in-8 de 609 *p. avec fig. Quatrième édition revue.* . . . . . **6 fr.**

Les Aliments usuels
1 vol. in-8 de VIII-352 *p., avec fig. Deuxième édition revue.* . . . **4 fr.**

Thérapeutique Usuelle des
Maladies de la Nutrition
1 vol. in-8 de 429 *pages, en collaboration avec le Dr Legendre.* **5 fr.**

Les Régimes usuels
1 vol. in-8 de IV-434 *p., en collaboration avec le Dr Legendre.* **5 fr.**

DANS LA MÊME COLLECTION :

Clinique hydrologique
1 vol. in-8 de X-636 *pages.* . . . . **7 fr.**

Les Agents physiques usuels
1 vol. in-8 de XVI-633 *pages, avec* 170 *fig. et 3 planches hors texte.* **8 fr.**

Dr *Alb.* TERSON

Ancien interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

Ophtalmologie
du Médecin praticien

1 *vol. in-8 relié*, 480 *pages*, **348 figures** *et* 1 *planche* . . . . **12** fr.

Dr G. LAURENS

Oto-Rhino-Laryngologie
du Médecin praticien

DEUXIÈME ÉDITION

1 *vol. in-8 relié*, 448 *pages*, **393 figures** *dans le texte*. . . . **10** fr.

M. LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur à la Faculté de Paris, Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

Inspection — Palpation
Percussion — Auscultation

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE

1 *vol. in-16 de* 286 *pages*, 116 *fig. expliquées et commentées* . . 4 fr.

A. CHAUFFARD
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Leçons sur la Lithiase biliaire

1 *vol. in-8 de* 242 *pages avec* 20 *planches hors texte, relié toile*. **9 fr.**

F. BEZANÇON
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

S. I. DE JONG
Ancien chef de clin. à la Faculté de Paris.

Traité de l'examen des Crachats

1 *vol. in-8 de* 411 *pages, avec* 8 *planches en couleurs*. . . . . **10 fr.**

Antoine FLORAND *Max FRANÇOIS* *Henri FLURIN*

Les Bronchites chroniques

1 *vol. in-8 de* VIII-351 *pages*. . . . . **4 fr.**

Ch. SABOURIN

Traitement rationnel de la Phtisie

Cinquième édition. 1 *vol. in-8 de* 472 *pages*. . . . . **5 fr.**

Noël HALLÉ

Les Formes de la Tuberculose rénale chronique

1 *vol. in-8 de* 240 *pages avec* 12 *planches* . . . . **6 fr.**

BRANDEIS

L'Urine normale et pathologique

Deuxième édition. 1 *vol. in-8 de* 472 *pages avec* 100 *fig. et* 5 *planches hors texte en couleurs, cartonné* . . . . **8 fr.**

Jules COMBY
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Deux cents
Consultations médicales
Pour les Maladies des Enfants

4e édition. 1 vol. in-16, cartonné toile . . . . **3 fr. 50**

P. NOBÉCOURT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux.

Conférences pratiques
sur l'Alimentation des Nourrissons

2e édition. 1 vol. in-8 de 373 pages, avec 33 fig. dans le texte. . **5 fr.**

A. LESAGE
Médecin des hôpitaux de Paris.

Traité
des Maladies du Nourrisson

1 vol. in-8 de VI-736 pages, avec 68 figures dans le texte. . . . **10 fr.**

Eugène TERRIEN
Ancien chef de clinique des Maladies des Enfants.

Précis d'Alimentation
des Jeunes Enfants
(ÉTAT NORMAL, ÉTATS PATHOLOGIQUES)

3e édition. 1 vol. de 402 pages, avec graphiques, cartonné . . . **4 fr.**

E. FORGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

E. JEANBRAU
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier

Guide pratique du Médecin dans les Accidents du Travail

TROISIÈME ÉDITION AUGMENTÉE ET MISE AU COURANT DE LA JURISPRUDENCE

Par M. MOURRAL
Conseiller à la Cour de Rouen.

1 vol. in-8 de XXIV-684 *pages, avec figures, cartonné toile . . .* **9** fr.

L. IMBERT
Agrégé des Facultés, Professeur à l'École de Médecine de Marseille, Médecin expert près les Tribunaux.

C. ODDO
Professeur à l'École de Médecine de Marseille, Médecin expert près les Tribunaux.

P. CHAVERNAC
Médecin expert près les Tribunaux.

Guide pour l'Evaluation des Incapacités

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1 vol. in-8 de 950 pages, avec 88 figures, cartonné toile . . . **12 fr.**

Traité des Maladies de l'Enfance

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J. GRANCHER
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

J. COMBY
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Médecin du Dispensaire pour les Enfants de la Société Philanthropique.

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

5 forts volumes gr. in-8 avec figures dans le texte. . . . . . **112** fr.

MASSON ET Cie. ÉDITEURS

Ch. BOUCHARD
Professeur honoraire de pathologie générale à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

G.-H. ROGER
Professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nouveau Traité de Pathologie générale

Quatre volumes grand in-8, avec nombreuses figures dans le texte, reliés toile.

Volumes parus :

TOME I. — 1 *vol. gr. in-8 de* 909 *pages, relié toile* . . . . . . **22** fr.

COLLABORATEURS DU TOME I : **Ch. ACHARD, J. BERGONIÉ, P.-J. CADIOT et H. ROGER, P. COURMONT, M. DUVAL et P. MULON, A. IMBERT, J.-P. LANGLOIS, P. LE GENDRE, F. LEJARS, P. LENOIR, Th. NOGIER, H. ROGER, P. VUILLEMIN.**

TOME II. — 1 *vol. gr. in-8, de* 1174 *pages*, 204 *fig. Relié toile.* **28** fr.

COLLABORATEURS DU TOME II : **Fernand BEZANÇON, E. BODIN Jules COURMONT, Jules GUIART, A. ROCHAIX, G.-H. ROGER, Pierre TEISSIER**

L'ouvrage sera complet en 4 volumes. On acceptera des souscriptions jusqu'à l'apparition du tome III, au prix de 105 francs.

P.-J. MORAT
Professeur à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON
Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Lyon.

Traité de Physiologie

TOME I. — **Fonctions élémentaires** . . . . **15** fr.
TOME II. — **Fonctions d'innervation,** avec 263 figures . . **15** fr.
TOME III. — **Fonctions de nutrition.** — Circul. — Calorif. **12** fr.
TOME IV. — **Fonctions de nutrition** (*suite et fin*). — Respiration, excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. . . . **12** fr.

En préparation :

TOME V ET DERNIER. *Fonctions de relation et de reproduction.*

A. BESREDKA
Professeur à l'Institut Pasteur.

Anaphylaxie et Antianaphylaxie

Préface de E. ROUX, Membre de l'Institut.

1 *vol. in-8, de* 160 *pages* . . . . **4 fr.**

A. PRENANT — Professeur à la Faculté de Paris.
L. MAILLARD — Chef des trav. de Chim. biol. à la Faculté de Paris.
P. BOUIN — Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Traité d'Histologie

Tome I. — *CYTOLOGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE...* (**épuisé**).
Tome II. — *HISTOLOGIE ET ANATOMIE.* 1 *volume gr. in-8, de* XI-1199 *pages, avec* 572 *fig. dont* 31 *en couleurs*. . . . . . . **50 fr.**

PRENANT
Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

Éléments d'Embryologie de l'Homme et des Vertébrés

Tome I. — **Embryogénie.** 1 *vol. in-8,* 299 *fig. et* 4 *planches.* **16 fr.**
Tome II. — **Organogénie.** 1 *vol. in-8 de* 856 *pages, avec* 381 *fig.* **20 fr.**

Précis d'Embryologie de l'Homme et des Vertébrés

Par **O. HERTWIG**

Traduction par L. Mercier, chef de travaux à la Fac. de Nancy.

Préface du Professeur PRENANT.

1 *vol. in-8 raisin de* 534 *pages, avec* 373 *figures* . . . . **15 fr.**

AXENFELD

Traité d'Ophtalmologie

Traduction française du Dr MENIER

1 *vol. in-8 de* 790 *pages, avec* 12 *planches en couleurs et* 549 *fig.* **30** fr.

MAY

Chirurgien chargé des Services d'ophtalmologie des hôpitaux de New-York.

Manuel des Maladies de l'Œil

Traduction par P. BOUIN
Professeur à la Faculté de Nancy,

3e *édition française de* 1914.

In-16, 456 *pages*, 365 *figures et* 22 *planches avec* 72 *figures en couleurs, cartonné.* . . . . **8** fr.

Th. HEIMAN

L'Oreille et ses maladies

2 *vol. in-8 de* 1462 *pages, avec* 167 *figures.* . . . . **40** fr.
Cet ouvrage se vend relié au prix de . . . . **46** fr.

SULZER

Échelles pour la Mesure de l'Acuité visuelle

Deux planches murales mesurant chacune 90×65, *chaque.* . . . **4** fr.

MASSON ET C[ie], ÉDITEURS

Vient de paraître

Leishmanioses

Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose américaine

Par A. LAVERAN

Professeur à l'Institut Pasteur,
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

1 *vol. in-8 de* 515 *pages,* 40 *figures,* 6 *planches hors texte en noir et en couleurs* . . . . **15** fr.

A. LAVERAN
Professeur à l'Institut Pasteur
Membre de l'Institut.

F. MESNIL
Professeur
à l'Institut Pasteur.

Trypanosomes
et Trypanosomiases

2[e] *édition,* 1 *vol. gr. in-8 de* VIII-1000 *pages, avec* 198 *figures dans le texte et une planche hors texte en couleurs* . . . . **25** fr.

R. SABOURAUD
Directeur du Laboratoire Municipal à l'Hôpital Saint-Louis.

Maladies du Cuir Chevelu

Tome I. — *Maladies séborrhéiques,* 1 *vol. gr. in-8* . . . . . . **10** fr.
Tome II. — *Maladies desquamatives.* 1 *vol. gr. in-8* . . . . . **22** fr.
Tome III. — *Maladies cryptogamiques.* 1 *vol. gr. in-8* . . . . **30** fr.

La Pratique Dermatologique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

Ernest BESNIER, L. BROCQ, L. JACQUET

4 *volumes reliés, avec figures et* 89 *planches en couleurs* . . . **156** fr.
Tome I : **36** fr. — Tomes II, III, IV, chacun : **40** fr.

P. POIRIER — A. CHARPY

Traité d'Anatomie Humaine

NOUVELLE ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE PAR

A. CHARPY et *A. NICOLAS*

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

O. AMOEDO, ARGAUD, A. BRANCA, R. COLLIN, B. CUNÉO, G. DELAMARE, Paul DELBET, DIEULAFÉ, A. DRUAULT, P. FREDET, GLANTENAY, A. GOSSET, M. GUIBÉ, P. JACQUES, Th. JONNESCO, E. LAGUESSE, L. MANOUVRIER, P. NOBÉCOURT, O. PASTEAU, M. PICOU, A. PRENANT, H. RIEFFEL, ROUVIÈRE, Ch. SIMON, A. SOULIÉ, B. de VRIESE, WEBER.

Tome I. — **Introduction. Notions d'embryologie. Ostéologie. Arthrologie**, 825 *figures* (3e *édition*) . . . . **20 fr.**

Tome II. — 1er Fasc. : **Myologie. — Embryologie. Histologie. Peauciers et aponévroses**, 351 *figures* (3e *édition*) . . **14 fr.**
- 2e Fasc. : **Angéiologie** (Cœur et Artères), 248 *fig.* (3e *éd.*). **12 fr.**
- 3e Fasc. : **Angéiologie** (Capillaires, Veines), (3e *édition*) (*sous presse*)
- 4e Fasc. : **Les Lymphatiques**, 126 *figures* (2e *édition*). . . **8 fr.**

Tome III. — 1er Fasc. **Système nerveux** (Méninges. Moelle. Encéphale), 265 figures (3e *édition*) . . . . (*sous presse*)
- 2e Fasc. : **Système nerveux** (Encéphale) (2e *édition*). **épuisé.**
- 3e Fasc. : **Système nerveux** (Nerfs. Nerfs crâniens et rachidiens), 228 *figures* (2e *édition*) . . . . **12 fr.**

Tome IV. — 1er Fasc. : **Tube digestif**, 213 *figures* (3e *édit.*). **12 fr**
- 2e Fasc. : **Appareil respiratoire**, 121 *figures* (2e *édit.*) . . **6 fr.**
- 3e Fasc. : **Annexes du tube digestif. Péritoine.** 462 figures (3e *édition*). . . . . **18 fr.**

Tome V. — 1er Fasc. : **Organes génito-urinaires**, 431 *figures* (2e *édition*). **épuisé.**
- 2e Fasc. : **Organes des sens. Tégument externe et dérivés. Appareil de la vision. Muscles et capsule de Tenon. Sourcils, paupières, conjonctives, appareil lacrymal. Oreille externe, moyenne et interne. Embryologie du nez. Fosses nasales. Organes chromaffines.** 671 *figures* (2e *édition*) **25 fr.**

P. POIRIER
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Paris.

B. CUNÉO
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

A. CHARPY
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Toulouse.

Abrégé d'Anatomie

TOME I. — *Embryologie — Ostéologie — Arthrologie — Myologie.*

TOME II. — *Cœur — Artères — Veines — Lymphatiques — Centres nerveux — Nerfs crâniens — Nerfs rachidiens.*

TOME III. — *Organes des sens — Appareils digestif, respiratoire — Capsules surrénales — Appareil urinaire — Appareil génital de l'homme, de la femme — Périnée — Mamelles — Péritoine.*

3 volumes in-8°, 1620 pages, 976 figures en noir et en couleurs, reliés toile . . . . **50 fr.**

Avec reliure spéciale, dos maroquin . . . . **55 fr.**

Georges **GÉRARD**
Agrégé des Facultés de Médecine.
Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Lille.

Manuel d'Anatomie humaine

1 *vol. in-8 jésus de* 1176 *pages, avec* 900 *figures, d'après les planches d'enseignement de Farabeuf. Cartonné.* . . . . **30 fr.**

Ch. **DUJARIER**
Ancien prosecteur.

Anatomie des Membres

(Dissection — Anatomie topographique)

1 *vol. in-8,* 304 *pages, avec* 58 *planches en couleurs, cartonné.* **15 fr.**



Précis de Technique Opératoire

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par V. Veau. 4e *édit.*
Tête et cou, par Ch. Lenormant. 4e *édition.*
Thorax et membre supérieur, par A. Schwartz. 3e *édition.*
Abdomen, par M. Guibé. 3e *édition.*
Appareil urin. et app. génit. de l'homme, par P. Duval. 4e *édit.*
Appareil génital de la femme, par R. Proust. 3e *édition.*
Membre inférieur, par Georges Labey. 3e *édition.*

Chaque vol. illustré de nombreuses fig., la plupart originales . . **5** fr.

Aug. BROCA
Professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de Paris.

Chirurgie Infantile

1 *vol. in-8 jésus de* 1136 *pages avec* 1259 *figures, cartonné* . . **25** fr.

NÉLATON et OMBRÉDANNE
Professeurs agrégés à la Faculté de Paris.

Les Autoplasties

(Lèvres, joues, oreilles, tronc, membres)

1 *vol. in-8 de* 200 *pages,* 291 *figures.* . . . . **10** fr.

La Rhinoplastie

1 *vol. gr. in-8 jésus de* 438 *pages avec* 391 *figures* . . . . . . **15** fr.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

G. MARION
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
(service Civiale).

M. HEITZ-BOYER
Chirurgien des hôpitaux,
Ancien chef de Clinique de l'hôpital
Necker.

Traité pratique de Cystoscopie et de Cathétérisme urétéral

2 vol. gr. in-8, formant ensemble 391 *pages avec* 56 *planches en noir et en couleurs et* 197 *figures dans le texte.*

L'ouvrage se vend complet au prix de . . . . **50** fr.

M. LERMOYEZ
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris.
Chef du Service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine.

Notions pratiques d'Electricité

à l'usage des Médecins, avec renseignements spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes

1 *vol. gr. in-8, de* XIII-863 *p., avec* 426 *fig., élégant cartonnage.* **20** fr.

H. GUILLEMINOT
Chef des travaux pratiques de physique biologique

Électricité Médicale

1 *volume in-16 de* 680 *pages,* 82 *figures et* 13 *planches en couleurs, cartonné* . . . . **10** fr.

Léon BÉRARD
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

Paul VIGNARD
Chirurgien de la Charité (Lyon).

L'Appendicite

Étude clinique et critique

1 *vol. gr. in-8 de* XII-876 *pages, avec* 158 *figures dans le texte.* **18 fr.**

L. OMBRÉDANNE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau.

Technique Chirurgicale Infantile

Indications opératoires, Opérations courantes

1 *vol. in-8 de* 342 *pages, avec* 210 *figures* . . . . **7 fr.**

Traité Médico-Chirurgical des Maladies de l'Estomac et de l'Œsophage

PAR MM.

A. MATHIEU
Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

L. SENCERT
Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Th. TUFFIER
Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

AVEC LA COLLABORATION DE :

J. CH.-ROUX
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,

ROUX-BERGER
Prosecteur à l'Amphithéâtre des Hôpitaux.

F. MOUTIER
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

1 *vol. gr. in-8 de* 934 *pages avec* 300 *figures dans le texte.* . . **20 fr.**

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Huitième édition entièrement refondue

A. RIBEMONT-DESSAIGNES
Professeur à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

G. LEPAGE
Professeur agr. à la Faculté de Paris,
Accoucheur de la Maternité

Traité d'Obstétrique

1 vol. gr. in-8, de 1574 pages, avec 587 figures. Relié toile. **32** fr.

Le même ouvrage relié en deux volumes. . . **35** fr.

Samuel POZZI
Professeur de Clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine,

Traité de Gynécologie Clinique et Opératoire

Quatrième édition, entièrement refondue. 2 vol. gr. in-8 formant 1500 pages, avec 894 figures. Reliés . . . . **40** fr.

COUVELAIRE
Professeur de Clinique obstétricale à Faculté de Paris.

Introduction à la Chirurgie utérine obstétricale

1 vol. in-4 de 224 pages avec 44 planches hors texte, cartonné. **32** fr.

WALLICH
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Éléments d'Obstétrique

TROISIÈME ÉDITION

1 *vol. in-18 de* 776 *pages avec* 169 *figures, cartonné* . . . . . **10** fr.

FARABEUF *et* *VARNIER*
Professeur à la Faculté de médecine de Paris. Membre de l'Académie de médecine.
Professeur agrégé à la Faculté. Accoucheur des hôpitaux.

Introduction à la Pratique des Accouchements

QUATRIÈME ÉDITION

1 *vol. in-4 de* 488 *pages avec* 375 *figures* . . . . **20** fr.

VARNIER
Professeur à la Faculté. Accoucheur des hôpitaux.

La Pratique des Accouchements

Obstétrique journalière

Un fort volume in-8 soleil, sur 2 *colonnes*, 440 *pages, avec* 386 *figures, cartonné amateur, tête dorée* . . . . **26** fr.

H. GUILLEMINOT

Chef des travaux pratiques de Physique biologique à la Faculté de Paris.

Les Nouveaux Horizons de la Science

TOME I. — **La matière. La molécule. L'atome**, 300 *pages*, 20 *figures* . . . . . **4** fr.

TOME II. — **L'électricité. Les radiations. L'éther. Origine et fin de la matière**, 450 *pages*, 60 *figures* . . . . . **6** fr.

TOME III. — **La matière vivante. Sa chimie. Sa morphologie**, 430 *pages*, 56 *figures* . . . . . **6** fr.

TOME IV. — **La vie. Ses fonctions. Ses origines. Sa fin**, 800 *pages*, 74 *figures* . . . . . **10** fr.

OUVRAGES DU DOCTEUR WITKOWSKI

Anecdotes médicales, 1 *vol. in-18* . . . . . **3** fr. **50**

Les Joyeusetés de la médecine, 1 *vol. in-18* . . . **3** fr. **50**

Le mal qu'on a dit des médecins (1re série), 1 *vol. in-18*. **3** fr. **50**

Le mal qu'on a dit des médecins (2e série), 1 *vol. in-18*. **3** fr. **50**

Les Accouchements à la cour, *nombreuses figures* . . . **10** fr.

Accoucheurs et Sages-femmes célèbres (esquisses biographiques). 1 *vol. in-8 raisin de* 392 *pages avec* 135 *figures* . . . **8** fr.

Anecdotes et curiosités historiques sur les accouchements, 1 *vol. in-8 avec figures*. . . . . **8** fr.

Les Accouchements dans les beaux-arts, la littérature et au théâtre, *in-8 raisin de* 592 *pages avec* 212 *figures*. . . . **15** fr.

Histoire des Accouchements chez tous les peuples. *Ouvrage formant deux volumes in-8 contenant* 1584 *figures*. . . . **25** fr.

Aug. FOREL

Ancien professeur de psychiatrie a l'Université de Zurich.

La question sexuelle exposée aux adultes cultivés

1 *vol. in-8 de* 632 *pages* (3e *édition*) . . . . . **10** fr.

J. BROUSSES

Lauréat de l'Académie de Médecine, Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Manuel technique de Massage

Quatrième édition, revue et augmentée.

1 *vol. in-16, de* 455 *pages,avec* 72 *figures dans le texte, cartonné.* **5** fr.

OUVRAGES DE
H. HARTMANN
Professeur de Clinique à la Faculté de Paris.

Gynécologie opératoire

Un volume du *Traité de Médecine opératoire et de Thérapeutique chirurgicale.*

1 *vol. gr. in-8 de* 500 *pages*, 422 *fig. dont* 80 *en couleurs, cart.* **20 fr.**

Organes génito-urinaires de l'homme

Un volume du *Traité de Médecine opératoire et de Thérapeutique chirurgicale.*

1 *volume gr. in-8 de* 432 *pages*, 412 *figures* . . . . **15** fr.

Travaux de Chirurgie anatomo-clinique

Quatre volumes grand-8.

1re Série : **Voies urinaires. Estomac,** avec B. Cunéo, Delaage P. Lecène, Leroy, G. Luys, Prat, G.-H. Roger, Soupault. **15** fr.

2e Série : **Voies urinaires. — Testicule,** avec la collaboration de B. Cunéo, Esmonet, Lavenant, Lebreton et P. Lecène. . **15** fr.

3e Série : **Chirurgie de l'Intestin,** avec la collaboration de Lecène et J. Okinczyc . . . . **16** fr.

4e Série : **Voies urinaires,** avec la collaboration de B. Cunéo, Delamare, V. Henry, Küss, Lebreton et P. Lecène. . . . **16** fr.

81 404. — Imp. Lahure.



Prix : 4 fr.